

105
457
283
MAY 26 1934

ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

PUBLICAÇÃO MENSAL DA "SOCIEDADE EDITORA MEDICA LIMITADA"

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 50\$000.

Vol. XXVII

Abril de 1934

N. 4

RECALCIFICANTE * HEMOSTATICO
ANTI-ANAPHYLACTICO * DIURETICO

EMOCAL ZAMBELETTI

VIA ENDOVENOSA - VIA INTRA-MUSCULAR - VIA ORAL

Ampolas de 2,5 - 5 - 10 cc. — Vidro com 60 comprimidos

NÃO PRODUZ A MENOR REACÇÃO

★

TRIOD ZAMBELETTI

Contém 3 átomos de Iodo ligados a 3 átomos de Azoto

PARA INJECCÕES INTRA-MUSCULARES E ENDOVENOSAS

1 cc. = 0,0254 GRMS. DE IODO ACTIVO

★

BISPHOL ZAMBELETTI

Phospho-bismuthato de Bismutho

Suspensão a 10% em óleo de oliva e gemma de ovo desacidificados
PARA USO INTRA MUSCULAR

NOTA — Pedir as novas ampolas com bolinhas de vidro, que asseguram
mais perfeita suspensão do bismutho.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de ovinho.

Tratamento específico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a maior parte das DOENÇAS INFECCIOSAS

2 FORMAS : MYCOLYSINE POTAVEL • MYCOLYSINE INJECTAVEL.

Tratamento específico, completo das
AFFECÇÕES VENOSAS

Veinosine

Confettos com base de Hypophyse e de Thyroide em proporções judiciosas, de Hamamelis, de Castanea da India e de Citrato de Soda.

DEPOSITO GERAL : P. LEBEAULT & C^{ie}, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Publicação da "Sociedade Editora Medica Limitada"

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: Per 1 anno 30\$000. Per 2 annos 60\$000.

Vol. XXVII

Abril de 1934

N. 5

O cancer primitivo da vesicula biliar (*)

Dr. Eurico S. Bastos

Medico em S. Paulo.

A cancerisação primaria da vesicula biliar, é como muito apropiadamente disse Koerte (1) um lugubre capitulo das colecistopatias (ein trueber Abschnit der Gallensteinerkrankngen).

Conhecido desde época muito remota e apesar do trabalho diligente dos varios pesquisadores illustres que com elle se tem occupado, não conseguiu ainda o cancer da vesicula despertar o interesse que realmente deve merecer de todos, ao mesmo tempo pela sua alta gravidade, pelo modo relativamente facil de se fazer a sua prevenção e finalmente pela sua casuistica que está longe de ser insignificante. Mesmo nos centros mais adiantados onde a luta ao cancer constitue o unico objectivo de varias e poderosas fundações, o tema tem permanecido em relativo e mal comprehendido esquecimento. Emquanto se chama a attenção para os primeiros e precoces signaes denunciadores de estados pathologicos, geralmente tidos como precancerosos, no que toca outros órgãos, tal como succede com Ca do labio, do recto, do estomago, do colo, dos órgãos genitaeas femininos etc., o silencio é completo no que se refere ao Ca da vesicula. Entre nós, ainda mais avulta a aberação. Aqui o silencio é de morte. Nem ao menos, para casuistica regional, se tem dados. Devemos á gentileza dos

(*) Trabalho apresentado ao Congresso Medico Paulista, em novembro de 1933.

cirurgiões consultados diretamente e á boa vontade do chefe e dos assistentes do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina os dados que reproduzimos adiante.

Frequencia. — E' muito variavel, para cada autor e para cada época, e estimativa da frequencia do carcinoma da vesícula biliar. Para o seu estudo temos de lançar mão dos dados fornecidos pelos estudiosos do assumpto, mesmo que tenha sido differente o critério seguido na colheita do material. Ahi estará porventura, a razão capital da discordancia entre as varias estatisticas. Começemos com Kaufmann (2) que nas autopsias realizadas em Breslau encontrou o Ca primitivo da vesicula na porcentagem de 5 % da totalidade dos canceres identificados. O mesmo patologista, em autopsias feitas na Basileia estima o cancer da vesicula em 7%. Ewing (3) reproduz sem comentario a estatistica de Kaufmann. Hans-Kehr (4), em 2.100 intervenções cirurgicas sobre as vias biliares encontrou o Ca. da vesiculo em 3% dos casos. Na clinica dos Mayos, é de Judd (6) a informação; se fizeram, de 1907 a 1930 inclusive, 22,365 operações sobre vias biliares. Em 15422 desses casos foram encontrados calculos. No mesmo periodo, em 312 operações, se constatou a presença de carcinomas na vesicula ou nas vias biliares extra hepaticas. Assim, a incidencia de lesões malignas nas vias biliares extra-hepaticas, somente nos casos de operações reclamadas por qualquer especie de colecistopatias, foi de 4%. Todavia na serie de Mac-Carty que terminou em 1919 a porcentagem é apenas de 0,5%. A estatistica argentina de Quirino (7) estima o Ca. da vesicula em 1.1 % dos carcinomas visceraes. Duas estatisticas polonezas publicadas por Borkowski estimam respectivamente em 1% a de Siedlecki (Universidade de Varsovia) em 0,41 a de Ciechanowski. No relatorio do Bureau of the Census da American Society for the control of cancer, citado por Grahan (9), se lê que em 1925 houve em todo o continente Norte Americano, 9.558 mortes por cancer primitivo do figado ou das vias biliares; no anno de 1926 foram notificados 9.635 obitos pela mesma causa. Nos mesmos annos a mortalidade geral por cancer foi respectivamente de 95,504 e 98.883. Assim nos Estados Unidos da America do Norte os canceres primitivos da vesicula biliar e vias biliares extra hepaticas e do figado constituem 8 a 10% de todas as mortes por cancer. Considerando a raridade, por todos reconhecida, do Ca primitivo do figado (Tibiriçá e L. Santos (10) estimam em 0.0156 %), se conclue caber na estatistica americana, quasi inteiramente ao Ca das vias biliares a consideravel porcentagem de 8 a 10%. Outro estudo recente sobre o tema é o de Berensky e Wolf (11) o qual mostra com evidencia meridiana a grande frequencia do cancer primitivo da vesicula comparando-a com os carcinomas dos outros órgãos. O quadro seguinte, transcrito do referido trabalho, é tranchant:

[illegible]

Conseguimos, compulsando 8.000 observações do Instituto de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina e do inquerito rapido em diversos serviços de cirurgia da capital, alinhar os seguintes numeros: a) 1.100 necropsias de cadaveres providos da Santa Casa com 1 caso de Ca primitivo da vesicula; b) 3.900 necropsias feitas em cadaveres encaminhados pelo Serviço Sanitario, (estão ali incluídos os natimortos) com 1 caso de Ca das vias biliares extra hepaticas; c) 4.000 biopsias, de proveniencia mal especificada, com 2 casos; d) Inquerito nos serviços de cirurgia consultados com 9 casos.

Impossibilitado de uma estatística da frequência do cancer primario da vesicula biliar em nosso meio, limitamo-nos a dizer que em 87 intervenções cirurgicas sobre as vias biliares, praticadas no serviço do A., foram presenciadas duas vezes o cancer dando uma porcentagem de 2,29%, dado este que se aproxima muito do fornecido por Kehr: 3%.

Etiologia. — Relativamente á etiologia do carcinoma primitivo da vesicula biliar nada ha a accrescentar ás noções geraes e conhecidas sobre os tumores malignos em geral. Nenhuma causa predeterminada e continua certamente existe á qual se possa attribuir, de uma maneira absoluta, o aparecimento da doença, ainda que não seja tambem possivel negar o papel, sem duvida importante, que determinadas circumstancias, variaveis para cada caso, desempenham, constituindo o que alguns chamam de fator predisponente.

Occupá entre estes, sem discussão, o primeiro posto a irritação continuada dos calculos nas paredes inflamadas da vesicula, todavia, em época bem mais remota Crouvoisier, ainda no tempo do espartilho, attribuiu á pressão do collete das senhoras um valor grande para a genese dos canceres da vesicula biliar. Em seguida foram lembradas varias outras particularidades individuaes ou inherentes ao habitat, cabendo ainda mencionar o papel de hereditariedade, aqui como alhures lembrado.

A disputa sobre a connexão entre a litíase biliar e Ca. primitivo da vesicula biliar, mau grado ser debatido desde época muito remota, ainda continua vigorosa. Entretanto, parece cada vez mais ganhar terreno a corrente que dá aos calculos uma influencia directa na formação do tumor da vesicula. (Finsterer) (12). Argumento de valor representa certamente a adhesão do Lotzim a esta corrente. Elle é da escola de Aschoff, a qual embora admittindo a possibilidade da coexistencia de calculos e cancer, negava comtudo, aos primeiros qualquer interferencia mais particular. A segunda corrente interpreta os factos de outra maneira; para elles os calculos encontrados nas vesiculas degeneradas são um mero e casual achado cirurgico ou de autopsia, nada tendo que ver com o cancer que, para alguns, chega mesmo a ser causa dos calculos. Pequenos fagmentos desprendidos da parede degenerada seriam outros tantos nucleos de novos calculos biliares, em torno dos quaes se depositaria a cholesterina. A coinci-

—
e
s
s
s
s

dencia é porém tão grande que a maioria absoluta dos estudiosos tende, hoje, francamente, para a primeira hipótese, considerando a irritação continuada dos calculos sobre a parede inflammada da vesicula como um factor de peso no desenvolvimento do carcinoma primitivo da vesicula. Nas nossas observações, alinhadas em outro ponto, se verifica que houve verificação de calculos em onze dos treze casos publicados. Numero que coincide aproximadamente com os publicados pelos varios patologistas que se occuparam do assumto.

OBSERVAÇÕES

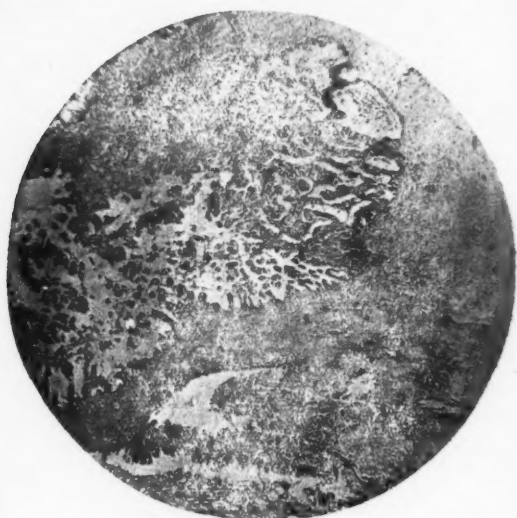
CASO N.º 1. — Ficha 1402, serviço do dr. Antonio Bahia : A. G. 72 annos sexo feminino, solteira, brasileira, branca. Resumo de historia progressa : Ha dois mezes perturbações digestivas, vomitos diarrhea cólicas de fígado, ictericia e emagrecimento. Estado presente : 39 grãos de temperatura, vomitos, ictericia, cholemia e tumor duro, pouco movel, doloroso a pressão, situado na porção supra umbilical direita. Operação : 4-2-933 cholecystectomy : presença de um calculo do tamanho de uma noz no interior da visicula. Diagnostico : neoplasma da visicula biliar. Morte depois de cinco dias. Diagnostico definitivo : exame microscopico revelou um adeno-carcinoma da vesicula (Prof. Habberfeld).

CASO N.º 2. — Serviço do dr. Luiz do Rego. V. T. L., 45 annos, sexo feminino, casada, portugueza, branca. Resumo da historia progressa : ha muito tempo perturbações digestivas e cólicas hepaticas. Estado presente : temperatura normal, ictericia e tumor no quadrante superior direito do abdomem. Operação : 9-10-930 - cholecystectomy ; presença de calculos. Diagnostico : tumor da vesicula biliar. Morte no fim de 8 mezes. Diagnostico definitivo : o exame microscopico revelou um adeno-carcinoma da vesicula biliar.

CASO N.º 3. — Serviço do Dr. Luiz do Rego. N. M. A., 54 annos, sexo masculino, casado, brasileiro, branco. Resumo da historia progressa : colicas hepaticas desde muitos annos. Estado presente, temperatura normal, emmagrecimento, pequeno tumor, duro, movel, e doloroso ao nivel da vesicula biliar. Operação... 25-9-926 - cholecystectomy ; presença de calculos. Diagnostico : tumor da vesicula biliar. Morte no 15.º dia. Diagnostico definitivo : adeno-carcinoma da vesicula biliar, conforme o seguinte relatorio do Instituto de Anatomia Patologica na Faculdade de Medicina de S. Paulo. Serie S. n.º 2408 "Ao microscopico os fragmentos são apresentados por estruturas conjuntivas musculares, tendo os mesmos caracteres que os das paredes da vesicula biliar. Este tecido conjuntivo muscular tem uma disposição regular, em camadas superpostas, as quaes se mostram invadidas por numero elevado de estruturas glandulares ora grandes, ora pequenas. As celulas que formam estas estruturas glandulares tem tamanhos diversos e nucleos poliformos ; em sua disposição são irregulares e ora formam um extracto unico, ora dão origem a revestimentos glandulares pluri-extractificados. Notam-se alguns campos em que essas celulas formam pequenas massas solidas que infiltram o tecido ambiente ou seja as paredes da vesicula biliar, assumindo um caracter francamente maligno".

CASO N.º 4. — Serviço do Dr. Luiz do Rego. J. C., 56 annos, sexo feminino, branca. Resumo da historia progressa : ha muito tempo perturbações digestivas, vomitos, colicas hepaticas e ictericia. Estado presente : temperatura normal, ictericia, emagrecimento, hidropesia da visicula biliar. Operação : cholecystectomy ; calculos enchendo a vesicula. Diagnostico : tumor ainda limitado ás paredes da vesicula biliar. Morte no fim de alguns dias. Diagnostico definitivo : o exame microscopico revelou um adeno-carcinoma da vesicula biliar.

CASO N.º 5. — Serviço do dr. Luiz do Rego. I. F. C., 65 annos, sexo feminino, casada, brasileira, branca. Operação : 25-1-925. Cada vesicula. Morte 24-2-925.



Microphotographia do tumor da
2.^a Observação do Autor.



Microphotographia do tumor da Observação 3.007
da "Faculdade de Medicina" Oc. 3.^a Ob.: 8.





CASO N.º 6. — Serviço do dr. Eurico Branco Ribeiro. M. C. M., 56 annos, sexo feminino, casada, italiana, branca. Resumo da historia pregressa : desde muitos annos perturbações digestivas, colicas do figado. Estado presente : temperatura normal, tumor piriforme, duro, movel, indolor ; colecystograma negativo. Diagnostico : cholecystite calculosa. Operação, cholecystectomy : presença de um nódulo duro no colo vesicular. Diagnostico definitivo : o exame microscopico do tumor e de um fragmento do figado revelou respectivamente adeno-carcinoma da vesicula e esteatose do figado. Dois meses mais tarde a doente entrava em cachexia. Recidiva.

CASO N.º 7. — Serviço do dr. Zeferino do Amaral. C. G. R., 67 annos, sexo feminino, viuva, portugueza, branca. Resumo da historia pregressa : colicahépaticas desde muito tempo. Estado presente ; febre, ictericia e dores. Diagnostico : cholecystite calculosa. Operação : presença de um tumor na vesicula : cholecystectomy. Morte depois de dois mezes. Diagnostico definitivo : cholecystite chronica calculosa (presença de dois calculos) com extensas areas de transformação carcinomatosa. (Dr. H. Cerruti).

CASO N.º 8. — Serviço do dr. W. Seng. A. C., 64 annos, sexo masculino, casado, alemão, branco. Resumo da historia pregressa : perturbações digestivas e colicas hepáticas desde muito tempo. Estado presente : febre, ictericia, tumor muito doloroso ao nivel da vesicula biliar. Diagnostico : cholecystite aguda supurada. Operação : cholecystectomy. Retirada da vesicula, sem perfuração, que foi enviada para o exame anatomo-patologico. O laudo deste exame é o seguinte: Macroscopicamente vesicula muito augmentada do volume, com as paredes muito espessadas e muito adherentes ao figado, do qual existem collodas a serosa vesicular vestigios. Aberta a vesicula encontramos 4 calculos cubicos ; mucosa espessada, de superficie irregular, com elevações de tamanhos variados e semelhantes a couve-flor ; na parte media essas elevações confluem, apresentam-se ulceradas e cobertas de um liquido puriforme. Exame microscopico : a) O tumor é constituído por celulas arredondadas, justapostas, tendo um delicado estroma conjuntivo envolvendo grupos de cellulas ; este mesmo estroma apresenta traves que atravessam o tumor em direções diversas. As cellulas tumoraes apresentam notavel polimorfismo, com nucleos em geral vesiculosos, geralmente unico, ás vezes multiplos ; ha grande numero de cellulas em mitose : a parede da vesicula esta fibrosada, apresentando focos de infiltração parvicelular ; o tumor é de caracter nitidamente infiltrativo. b) Trata-se de uma porção da parede da vesicula onde não ha formação neoplasica ; na submucosa ha uma intensa infiltração parvicelular, acompanhada de fibrose e neo-formação de vasos ; a mucosa não é encontrada ; na superficie existem muitos polimorfos nucleares conservados e em desintegração ; a tunica muscular tambem se apresenta infiltrada por cellulas inflammatorias ; o exame cuidadoso dos infiltrados cellulares nos demonstra a existencia, entre as cellulas inflammatorias, de cellulas com os caracteres das cellulas neoplasicas descriptas em a). Diagnostico : cholecystite chronica calculosa e carcinoma da vesicula biliar. (Relatorio do Inst. de Anatomia Pathologica da F. de Medicina de São Paulo, Serie S n.º 3007).

CASO N.º 9. — Serviço cirurgico do Autor. Ficha n.º 31. K. S., 61 annos, sexo feminino, viuva, lituana, branca. Historia pregressa : desde muito tempo perturbações digestivas e colicas espessadas no figado ; desde 3 mezes dor permanente no hipocondrio direito, com repercussão para as costas ; ha 3 semanas vomitos frequentes, fezes descoradas, ictericia forte e emagrecimento. Estado presente : temperatura normal, prurido, figado augmentado e doloroso ; não se palpa tumor no quadrante superior direito do abdome. Operação : 23-6-929 ; tumor da vesicula biliar, fortemente adherente ao figado e ao piloro, tudo coberto com o epiploon ; presença de calculos na vesicula, Diagnostico : cholelitiase, obstrução do coledoco e neoplasma da vesicula. Morte no 12.º dia. Diagnostico definitivo : um pequeno fragmento retirado da vesicula biliar e enviado para o exame anatomopathologico revelou um adeno-carcinoma primario da vesicula biliar. Prof. Haberland.

CASO N.º 10. — Serviço cirurgico do A.. Ficha n.º 656. N. J. S., 58 annos, sexo feminino, casada, portugueza, branca. História pregressa: ha um anno dores surdas, não constantes, no hipocondrio direito; ha tres mezes a dor augmentou, estendendo-se para o epigastro e repercutindo nas costas; vomitos e anorexia; nessa epoca sentiu um pequeno tumor, do tamanho de um ovo de galinha, logo abaixo do rebordo costal direito; ha tres dias ictericia. Estado presente: temperatura normal, ictericia, fezes descoradas, urinas muito coradas: a palpação, descobre-se na porção direita de abdómen um tumor: duro, de superficie irregular, de tamanho de uma cabeça de feto, de limite inferior facilmente perceptivel, movel na fossa iliaca direita, e de limite superior não nitido. Diagnostico: Cancer secundario do figado? Cancer da vesicula? Operação: 8-3-932. Tumor da vesicula fortemente adherente ao epiploon, estomago, duodemo e colom, constituindo tudo uma massa irregular do tamanho de um coco da Bahia; desfeitas, quanto possivel, as adherencias, identificou-se o tumor como tendo sua origem nas paredes da vesicula, que estava cheia de calculos de tamanho e forma variaveis; retira-se pequena porção do tumor, drenando-se com gaxe iodoformada. Alta no 15.º dia. Morte 3 mezes depois. Diagnostico definitivo: Microscopicamente os cortes mostram na superficie da mucosa grande numero de vilosidades formadas por um estroma conjuntivo e um epitelo cilindrico irregular; essas vilosidades tem forma e tamanho diversos; os epitellos que as revestem, ou mesmo seu estroma, formam grande numero de saliencias secundarias de caracter papiliforme, que se unindo ocasionalmente, circunscrevem pequenos recessos cheios de cellulas necroticas ou de sangue extravasado. Conclusão: adeno-carcinoma papilifero da vesicula biliar. A.) J. R. Meyer.

Alem destes dez casos citados, encontramos fichados no serviço de necropsopias do Instituto de Anatomia Pathologica da F. Medicina de S. Paulo, os dois casos seguintes:

CASO N.º 11. — 1.º Necropsia n.º 704 Serie N — Anno 1923 — S. D. de S. 29 annos, sexo masculino, brasileiro, preto, Diagnostico: Carcinoma das vias biliares: carcinoma do canal cistico, do colo da vesicula e do canal coledoco-Carcinoma metastatico do figado. Obstrução completa das vias biliares. Ictericia accentuada. Dilatação das vias biliares intra-hepaticas. Compressão da veia porta. Ascite. Hemorragia abdominal (consequente a paracentese). Degeneração turva do miocardio. Descrição do figado e das vias biliares: Figado de volume augmentado, assim como a consistencia; bordos arredondados; capsula de Glisson ligeiramente espessada e distendida; disseminadas pela superficie do órgão, zonas esbranquiçadas de contornos irregulares, em numero de quatro; na face inferior, vesicula biliar muito distendida, de paredes muito espessadas; canal hepatico e primeira porção de coledoco, acima da neoplasia descrita, bastante dilatadas e repletos de bile; aberta a vesicula, apresentou as suas paredes muito grossas, de cor branca, infiltradas pelo tumor, facto este tambem verificado no canal coledoco; aberto o figado mostrou 4 ou 5 massas arredondadas, de cor branca, de consistencia firme, de aspecto identico ao da massa tumoral descrita; nas partes do figado ainda conservadas verificou-se compressão do parenchima hepatico, em derredor das neofomações estrutura muito desaparecida e coloração amarello esverdeado do tecido devido a retenção biliar; alem disso notou-se uma dilatação enormemente accentuada das vias biliares intra hepaticas que mostravam, porem, as suas paredes perfeitamente lisas, sem o menor vestigio de inflamação.

CASO N.º 12. — 2.º - Necropsia n.º 3296 Serie SS.. C. M. F. 58 annos mais ou menos, sexo feminino, brasileira, branca. Diagnostico: Carcinoma da vesicula, do figado e da cabeça do pancreas. Lithiase biliar. Ictericia grave. Enfisema pulmonar. Arteriosclerose incipiente. Descrição do figado e das vias biliares: figado pesa 1.130 grammas e mede 2317, 7cms.; capsula lisa e brilhante na sua superficie superior. A vesicula e o pancreas formam um todo com o figado, difficil de se dissecar. O figado é de cor amarello esverdeado e de consistencia pastosa; aos cortes, a superficie é de cor verde amarellada com pontilhado verde escuro, correspondendo aos centros lobulares. Um corte passando pelo centro da vesicula, na direção do canal cistico, mostra que a sua pa-

rede anterior é muito espessada, medindo 5 mm. e que a sua parede posterior possui uma proliferação tumoral, reunindo essa parede ao parenquima hepático em uma espessura de 30 cms. A vesícula mede internadamente 3 cm. de diâmetro e é cheia por calculos duros e uma substancia pastosa amarela. O coledoco apresenta-se tambem cheio de calculos e faz saliencia no duodeno, não sendo permeavel. Nesta necropsia, que foi realizada pelo Dr. Lourival Santos, o exame histologico provou a origem neoplasica na vesícula biliar.

Nos casos que conseguimos colecionar os pacientes se encontravam todos dentro da idade na qual mais, commumente, se instala o cancer de um modo geral. O mais velho tinha a idade de 72 annos, enquanto o mais novo orçava pelos 45 annos de idade. Apenas o caso constante da observação n. 12, referente a necropsia seria n.º 704, a idade era de 29 annos o que constitue realmente uma excepção, não só na nossa como na serie de todos os autores compulsados. Facto tambem com que concorda a observação de outros autores é ser maior a frequencia com que contribue para a estatistica o sexo feminino; de certo por serem nas mulheres, por circunstancias conhecidas, muito mais frequentes as infecções calculosas ou não da vesícula biliar.

Nos nossos casos observamos 10 vezes o Ca da vesícula em individuos do sexo feminino e apenas 3 vezes no sexo masculino.

A symptomatologia pela qual se exteriorisa o Ca. da vesícula é inconstante e confusa. Como referem quasi todos os autores que se entretiveram com o tema os primordios da doença, no geral, escapam a observação, seja porque tudo evolue silenciosamente, seja porque se traduz por sintomas communs á outras e mais frequentes doenças das vias biliares extra-hepaticas. Uma anamese cuidadosa porém, póde deixar em certos casos onde o exame encontrou qualquer outro dado, tal como no nossa observação n.º 656 (10.º caso) a presença de um tumor irregular etc. entrever o diagnostico exato da lesão. O prognostico do carcinoma primitivo da vesícula biliar é unanimemente reconhecido como muito desfavoravel. Sem tratamento cirurgico a morte póde ser considerada como fatal em pouco tempo. Cumpre porém, advertir que o tratamento cirurgico só é efficaç quando for radical o que só se consegue nos primeiros estadios da doença. A exereses deve ser larga; juntamente com a vesícula devem ser retirados o leito da vesícula, parte do figado que tem contacto com o tumor, ganglios lymphaticos, tecido conjuntivo infiltrado, porções do tracto intestinal comprometido, etc. Kehr demonstrou a possibilidade dessa tecnica que vem publicada, com otimas pranchas elucidativas, no seu magnifico livro. A estatistica pessoal de Kehr refere 358 casos de operação radical por cancer da vesícula com apenas 8 casos de cura. Em verdade um successo bem modesto, mas ainda assim só possivel nas mãos de Kehr. Elle mesmo dizia que só o diagnostico precoce poderia diminuir a porcentagem de mortes. A mortalidade logo depois da operação é tão grande que muitos cirurgiões excluíram a operação radical nos cancers da vesícula, salvo os casos muito incipientes. Limitam-se no geral a simples constatação da doença e a

retirada de material para biopsia. Domina assim a todos a noção de que a solução para o caso estará na prophylaxia, que se obtém operando precocemente as vesículas atacadas de inflamação crônica com ou sem calculos desde que se mostrou inefficaz o tratamento conservador, principalmente se ha na ascendencia do paciente casos de cancer. Para estes doentes deve-se insistir pela extirpação da vesícula chamando mesmo a atenção para o perigo que os ameaça. A mortalidade da colecistectomia sem complicações é bem reduzida, não se elevando acima de 0.5% que é uma gota de agua em comparação com a porcentagem de quasi 99% nos casos de carcinoma da vesícula diagnosticada clinicamente e posteriormente operados. No nosso serviço ha registrados 85 colecistectomias sem nenhum obito.

Conclusões: — O carcinoma primitivo da vesícula biliar não é uma raridade. A' medida que se fazem pesquisas sistematicas augmenta a sua frequencia. No serviço do A. tomando por base sómente as intervenções cirurgicas sobre as vias biliares a porcentagem de frequencia foi de 2,29%.

A cura cirurgica sendo a unica solução tem que ser precoce para ser efficaz. Sendo difficil o diagnostico precoce a solução está na profilaxia que se faz pela ectomia de toda vesícula atacada de inflamação crônica que não curou com meios conservadores. A constancia de calculos ou inflamação chronica em todos os casos observados, está claramente, estabelecendo uma relação causal entre a irritação crônica (calculos, inflamação) e o carcinoma primitivo da vesícula.

O Ca primitivo da vesícula é mais encontradiço no sexo feminino, atacando de preferencia individuos entre 40 e 70 annos de idade.

Praça Ramos de Azevedo, 18.

REFERENCIAS

- 1 — KOERTE WERNER — *Die Erkranknyngen der Gallenwegem* pag. 130 — Verlag Th. Heimkopff Dresden 1928.
- 2 — GRAHAN, EVARTS — *The prevention of carcinoma of the Gall Bladder-Armals of surgery* XCIII — 317 — janeiro, 1931.
- 3 — KAUFMANN E. — *Tratado de Anatomia pathologicam speciale* traducção do italiano da 8.ª edição alemã. Milão, 1929.
- 4 — EIVING JAMES — *Neoplaste Discaes* — III edição — W. B. Samders — Philadelphia, 1928.
- 5 — KEHR HANS — *Praxis der Gallen weje chirumjie*. Band Muerchen, 1915.
- 6 — JUDD, SAND GRAY H. — *Carcinoma of the Gallbladder and bile ducts* — *Sury Gyn.* Obst. LV — 308 — Setembro, 1932.
- 7 — JUDD STARR and BAUNGOSRTNER, CONRAD — *Malignant lesions of the Gall-bladder*. Collected papers of the Mayo clinic — XXL — 147 — Maio, 1929.
- 7 — QUIRINO NORBERTO, ROLTJER ERNESTO e LALIENDA, RAMON — *La Prensa Medica Argentina* — Anno II — n.º 35 — pagina 1879 — Agosto, 1933.

- 8 — BOKORWSKY, I — *Cirurgia clinica polonice* — LL volume — fasciculo 1 — pag. 151 — 1931.
- 9 — GRAHAM. *Annals of Surgery*, XCIII. 317, Janeiro de 1931.
- 10 — TIBIRIÇÁ, PAULO e SANTOS, LOURIVAL — *Annaes Fac. Medicina*, São Paulo — VII — 1932.
- 11 — VON BERENSKY, G. e WOLFF K. — *Zeitschrift fur Krebsforschung* — XIX, pag. 109 — 1924 e apud Graham — *E Annals of Surgery* — XCIII — 317 — Janeiro, 1931.
- 12 — FISTERER, W — *Med. Clinick* — N.º 49 — 1926 — apud S. Borbowski.

RAIOS X

Dr. S. Vieira Franco

Radiologista pelo Instituto Holzknecht de Vienna

Praça Ramos de Azevedo, 16
Predio Gloria — 6.º andar

Telephones: Cons.: 4-2191 — Resid. 4-2544
São Paulo

MAIZENA

DURYEA

*O alimento purissimo
extrahido do milho
pelos processos mais
hygienicos e modernos.*



REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S. A.

CAIXA, 2972

SÃO PAULO

QUINO - PULMIN

FORMULA:

Chlorhydrato Basico de Quinina 0,030 grs.
Camphora 0,025 grs.

Em oleos essenciaes

INDICAÇÕES:

Bronchites agudas e Chronicas, Gripes, Broncho-Pneumonia, Pneumonia Lobar, Sarampo, Bronchectasias, Congestões Pulmonares Post-Operatorias, Pleurises Purulentas Interlobares.

AMPOLAS DE 1,2 cc.

LABORATORIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

RUA BRAULIO GOMES, 25 — TEL. 4-3217 — CAIXA POSTAL, 3018

SÃO PAULO

MEDICAÇÃO

MODERNA E ENERGICA CONTRA A SÍFILIS EM QUALQUER DOS SEUS PERIODOS

NATROL

(Tártaro-Bismutato de sódio)

SOLUVEL — ATOXICO — INDOLOR

Enérgico cicatrizante — Não produz estomatites

Indicações principais:

Placas mucosas, fôrmas nervosas, aortites e aneurismas. Reumatismo sífilítico. Sífilis óssea. Resultado favoravel em todos os periodos da sífilis. Queratites parenquimatosas.

Técnica do tratamento:

Injeções intramusculares - 3 vezes por semana, em séries de 12 empôlas com intervalo de 15 dias entre cada série. "NATROL" já tem sido empregado por via endovenosa, com absoluta tolerancia por parte dos doentes.

"NATROL" tem larga indicação em Pediatria

POMADA DE NATROL - Ulceras, espinhas no rosto, feridas rebeldes, etc.

CARLOS DA SILVA ARAUJO & CIA.

Caixa Postal 163

Rio de Janeiro

Filial em SÃO PAULO: Rua 11 de Agosto, 20

Talalgia consequente á exostose sub-calcianiana. Considerações anatomo-clínicas sobre as exostoses sub-calcianianas (*)

Dr. Sebastião Hermeto Junior

Assistente voluntario do Serviço de Clínica Cirúrgica do
Prof. Alves de Lima

Foi Painter, em 1898, o primeiro a assinalar a existencia de exostoses sub-calcianianas. Phillipet, em 1901, em sua tésse sobre as esteopatias gonococcicas, refere as exostoses do calcâneo; porém é Barker, em 1905, um dos primeiros a admitir a gonococcia como agente etiologico, ou pelo menos como fâtor adjuvante daquelas.

Estas idéias etiologicas, embora não partilhadas por todos, receberam uma confirmação positiva de Baer, que submeteu os tecidos visinhos ás exostoses a exames bacteriologicos e histologicos, concluindo pela origem gonococcica. O problema etiologico ainda não foi resolvido, pois, ás concepções de Jaeger e Davidson se antepõe aquelas de Ewald e Ebbinghaus, que muito justamente não fazem da gonococcia o fâtor etiologico exclusivo.

Após o trabalho de von Lackum e Palomeque, da Clinica dos Mayo, ficou demonstrada a multiplicidade dos agentes etiologicos na genese das exostoses sub-calcianianas, persistindo, no entanto, os francezes em se baterem pelos conceitos antigos, que fazem da gonococcia a causa por assim dizer exclusiva.

Se não existe uma uniformidade entre as diversas concepções etiologicas, ainda maior é o pléomorfismo das hipoteses sobre a patogenia da exostose ou da talalgia: Reclus, Patel e Conte, Labernadie, Marot, Chrysopathes, Haglund. Schwartz e Reclus, Blencke, Le Dantu e outros se ocuparam da questão.

(*) Trabalho apresentado na sessão de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina em 22 de Dezembro de 1933.

Contrasta com a diversidade das doutrinas étio-patogenicas a terapêutica das talalgias por exostoses, que é a cirurgica, e desde os primeiros trabalhos, como no de Janowski — já se encontra bem sistematizada, tendo como principio a extirpação da exostose, da bolsa serosa sub-calcaniana, quando existe, bem como de tecido adiposo visinho á exostose. Entre nós, em São Paulo, as talalgias por exostoses sub-calcanianas foram estudadas principalmente pelo Prof. Alves de Lima e Dr. Alípio Corrêa Netto.

Recentemente, o Dr. Campos Moreira, em sua tese inaugural, trás uma contribuição ao assunto, com ótima revisão bibliografica.

OBSERVAÇÃO (1)

S. F., com 29 anos de idade, pardo, funcionario publico, residente em São Paulo.

Queixa: Dôres ao nivel dos calcanhares (sic) de ambos os lados.

Historia da molestia atual: A sua molestia data de um ano. Iniciou-se por dôres, de pequena intensidade, que apareceram progressivamente, localisadas no calcanhar (sic) esquerdo.

As dôres não tinham irradiações para regiões visinhas.

Dois meses após observou que a articulação tibio-tarsica esquerda se apresentava um pouco inchada (sic).

Apresentou uma ligeira elevação térmica, que persistiu por oito dias. Durante aqueles dias não notou aumento de volume das outras articulações. Desde o inicio observou que as dôres se acentuavam quando caminhava, obtendo melhora, e até o desaparecimento da dôr, quando estava acamado.

Tres meses após o inicio da molestia notou o aparecimento de dôres no calcanhar direito, inicialmente de pequena intensidade, e com os caractéres identicos ás observadas no lado esquerdo.

Notára, tambem, o aparecimento de uma inchação (sic) na articulação tibio-tarsica correspondente, apresentando neste tempo uma pequena elevação térmica. As dôres, em ambos os lados, apresentavam-se constante, acometendo-o sempre que procurava firmar os pés no sólo, com o fim de andar, notando, no entanto, que ás vezes a dôr era mais intensa num dos lados. Nestes ultimos quinze dias (anteriores ao dia 2 de Fevereiro, época em que foi tomada esta anamnese) as dôres têm se acentuado, obrigando-o a usar faixa de franela em volta da região tibio-tarsica. Ha quinze dias notára que ao apertar propositalmente a porção dorsal e interna do metatarso sentia dôres, de pequena intensidade que, no entanto, não o incomodavam na marcha.

(1) Já estava concluido o presente trabalho quando tivemos a oportunidade de operar um outro doente, portador de exostose sub-calcaniana de ambos os lados. O doente apresentava uma talalgia ha um ano, que se agravava posteriormente. No seu passado referia uma uretrite gonococica ha 3 anos. A reação de Wassermann foi negativa. A radiografia demonstrou em ambos os calcaneos a presença de exostose, que ocupavam a face inferior (vêde figuras numero 13 e 14). Na face posterior de ambos os calcaneos ainda se evidenciavam pequenos osteófitos. A intervenção removeu as exostoses e o tecido gorduroso circunvisinho: não existia bolsa serosa de Lenoir.

O doente se encontra ainda em post-operatorio, que decorreu sem acidentés.

A este caso, na comunicação que fizemos, juntamos ainda outro, operado pelo Prof. Alves de Lima, e relativo tambem exostoses sub-calcanianas á de ambos os lados. Este doente, operado ha mezes, apresentava-se livre da talalgia que o acometia anteriormente.

Neste doente a R. W. era negativa, e na historia encontramos um reumatismo poliarticular agudo e uma gonococcia.







Figura n.º 1.
Exostose sub-calcânica do lado esquerdo do doente
da nossa observação.



Figura n.º 2.
Exostose sub-calcânica (do mesmo doente) do lado
direito bem menor do que a do lado esquerdo, estando
em desenvolvimento.

Historia prégressa: O doente refere que antes do início da molestia áttual notára um abundante corrimento urétral, que se acentuára nos quinze dias anteriores ao início daquela, por ter-se entregado ás bebidas alcolicas — embora soubesse que era portador de uma gonococcia crónica.

Antecedentes hereditários: Pae e mãe vivos e sadios; tem nove irmãos vivos e gosando bõa saúde.

Antecedentes pessoais: Ignora si teve as molestias peculiares á infancia: aos quinze anos adquiriu uma uretrite-genococcica, que foi seguida de uma orqui-epididimite, e persistindo, após desaparecer aquella, uma gota matutina; aos vinte e dois anos apresentou uma ulceração genital, que pelos caracteres descritos era indiscutivelmente uma infecção mixta; refere, ainda como passado venereo, uma adenite inguinal direita, tratada cirurgicamente; é etilista exagerado, sendo tabagista moderado.

Interrogatório sobre os diferentes aparelhos e sistemas: Ha não ser as perturbações relativas ao aparelho locomotor, nada ha mais digno de nota.

Exame físico geral: Individuo moço, aparentando a idade que conta, com sistema osseo e muscular normalmente desenvolvidos, regular distribuição do sistema piloso, mucosas visiveis ligeiramente descoradas.

O exame sistematico da cabeça, percoço, tórax, abdomen e membros nada revelam digno de nota. Ambas as articulações tibio-tarsicas nada revelam á inspecção.

A palpação notamos que a base de ambos os maleolos externos é dolorosa.

Os movimentos articulares, tanto os passivos como os áttivos, estão presentes, bem como possuem a amplitude habitual.

Em relação aos pés, notamos uma diminuição da escavação plantar, em ambos os lados. A palpação mostra a existencia de uma superficie dolorosa na face inferior de ambos os calcânios, bem como ao nível da porção dorsal interna do tarso esquerdo.

Diagnostico clínico: Talalgia consequente á exostose na face inferior de ambos os calcânios.

Diagnostico radiológico: Exostose da face inferior de ambos os calcânios. A exostose do lado direito é menor do que a do esquerdo (vêde figuras numeros 1 e 2).

Operação: Operamos o doente após raqui-anestésia pela "Sclurocaina".

Os tempos operatorios foram resumidamente os seguintes:

a) incisão cutanea, em forma de um U de concavidade dirigida para diante (abraçando o calcânhar), no limite entre a pele da planta e a da região tibio-tarsica;

b) incisado o tecido celular sub-cutaneo, em toda a sua espessura, rebatemos o calcânhar para diante, sendo exposta a exostose, que do lado esquerdo é mais saliente;

c) extirpação da exostose com o formão;

d) a base de ambas as exostoses é curetada;

e) extirpação do tecido adiposo circunvisinho ás exostoses, não sendo encontrada, em ambos os lados, a bolsa serosa de Lenoir;

f) após verificar-se a hemostasia perfeita no campo operatorio procedeu-se á sutura da pele com fios de crina. Curativo oclusivo.

Periodo post-operatorio: Decorreu sem accidentes.

No 15.º dia o doente começou a andar, apoiando seus calcânhares em sapatos cheios de algodão. Um mês após o doente nos referiu que andava perfeitamente. Já são decorridos sete meses e o paciente não apresenta perturbação alguma ao andar (vêde figuras numeros 3 e 4).



Figura n.º 3.
Aspecto do calcâneo esquerdo após a remoção do esporão.



Figura n.º 4.
Aspecto do calcâneo direito, após remoção do esporão correspondente.

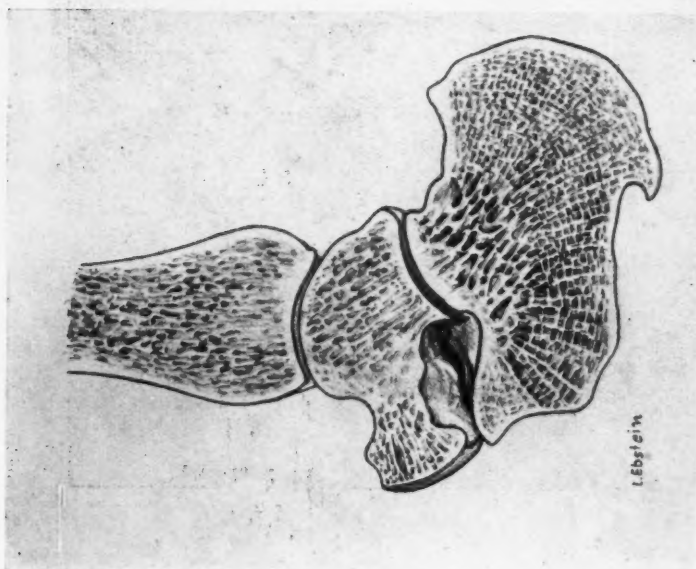


Figura n.º 6.
Esquema de um esporão patológico, no qual observamos a interrupção das trabéculas ósseas aluminizadas do calcâneo no nível do esporão.

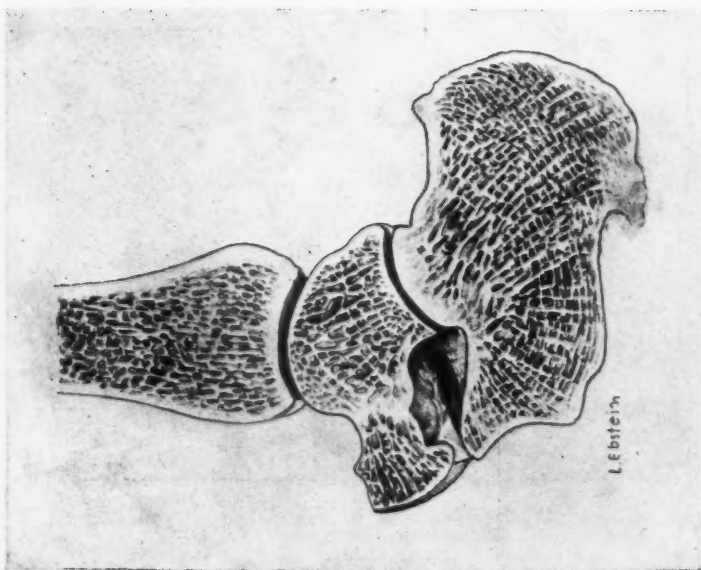


Figura n.º 5.
Esquema de um esporão não patológico, no qual observamos a continuidade das trabéculas ósseas do calcâneo com aquelas do esporão.

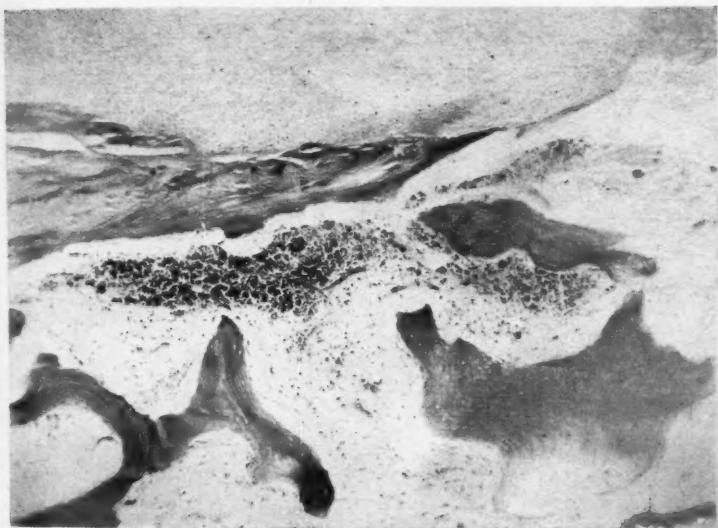


Figura n.º 7.

Observamos entre as trabeculas osseas uma medula do tipo adiposo, que apresenta em diversos pontos acumulos celulares.

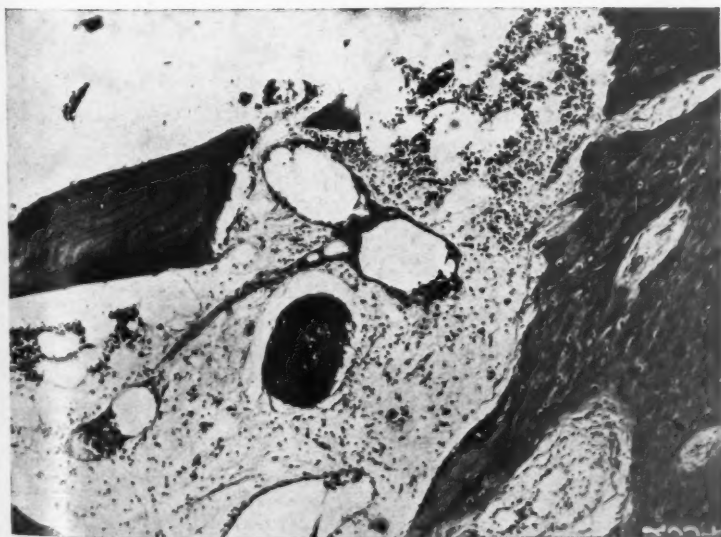


Figura n.º 8.

Observa-se ainda entre as trabeculas osseas a medula do tipo adiposo, bem como os acumulos celulares.



Figura n.º 9.

Nota-se um grande acúmulo de elementos celulares, tornando-se em certos pontos muito denso, o em outros mais difuso.

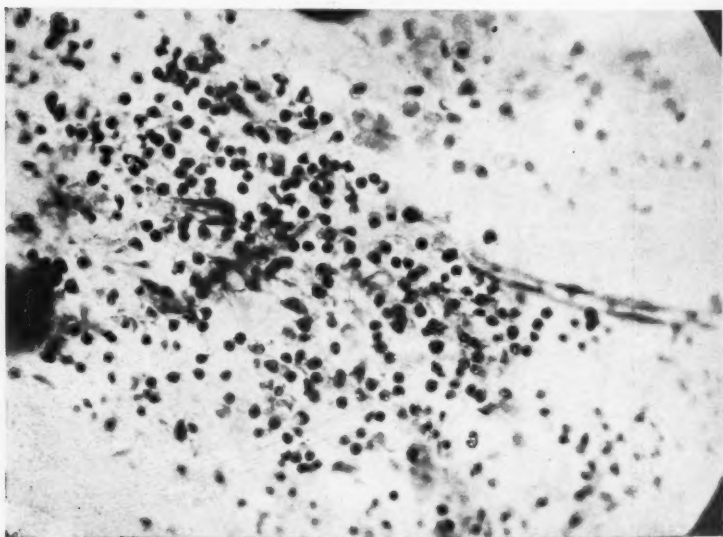


Figura n.º 10.

Observação, com imersão, de um foco de acúmulo celulares, notando-se que estes são constituídos por uma infiltração linfoplasmocitária, e raros leucócitos polinucleares neutrofilos.

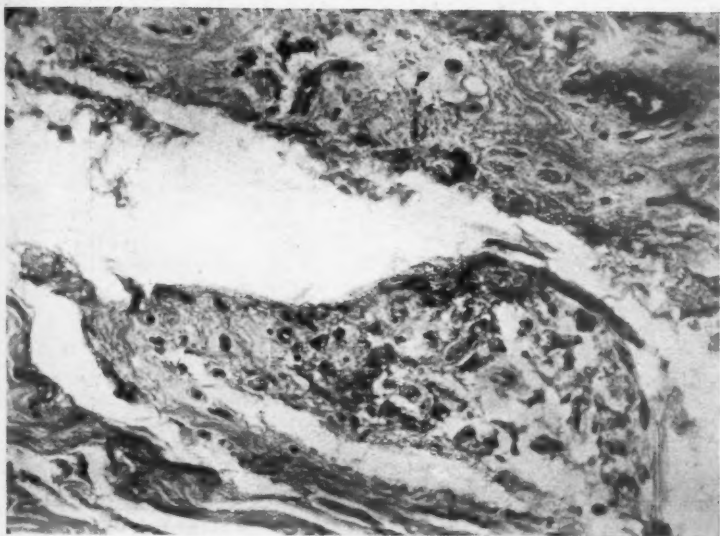


Figura n.º 11.

Aspecto do periosteio, que se apresenta sob a forma de um tecido conjuntivo denso, rico em fibras colagenas, e contendo inumeros vasos sanguineos. São raros os pontos em que ha acumulo celular.

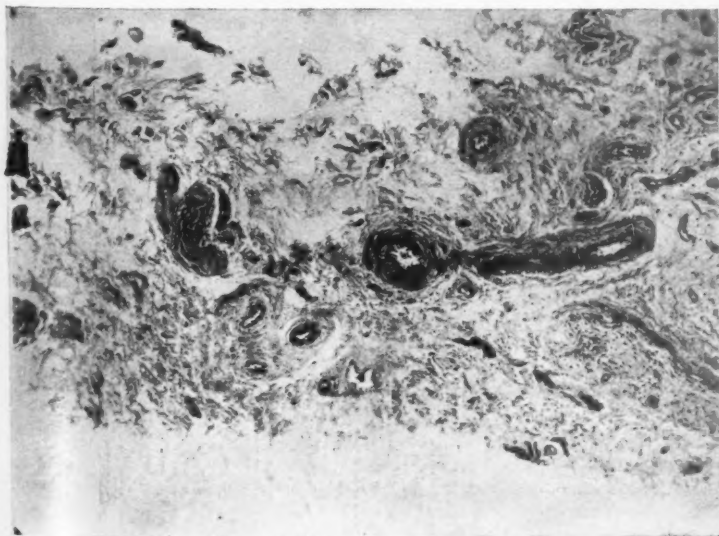


Figura n.º 12.

Vasos sanguineos da porção perióstal, quer de neo-formação, ou atingidos por um processo proliferativo.

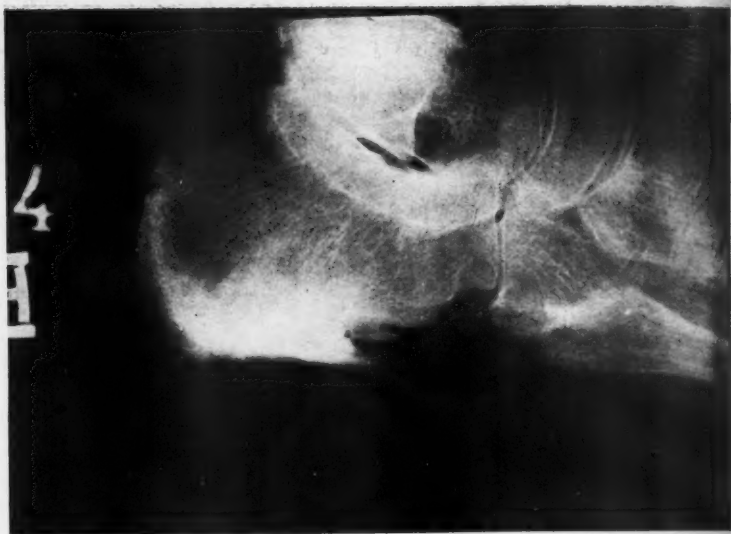


Figura n.º 13.
Exostose sub-calcaneana esquerda do doente G. C. M. Observe-se o tamanho desta exostose relativamente ao caso de nossa observação principal (figuras 1 e 2).
Nota-se também na face posterior a presença de pequenos osteofitos.



Figura n.º 14.
Exostose sub-calcaneana direita do doente G. C. M. Observam-se os mesmos factos que na anterior.



ÊTIOLOGIA

A etiologia infecciosa das exostoses sub-calcâneas está perfeitamente estabelecida. Ha fatores de ordem geral que interferem outrosim no aparecimento das exostoses, e representados pelo sexo, idade e estado geral. As exostoses são mais frequentes no homem. E' interessante, neste particular, a estatística da clinica dos Mayo (in von Lackum e Palomeque):

85 casos de esporões no homem;

15 casos de esporões na mulher.

O Dr. Campos Moreira, em sua tese, só observou 2 casos em mulheres.

Em relação á idade, observou-se que os esporões geralmente se encontram entre 20 e 45 anos.

Na estatística dos Mayos o esporão foi encontrado 55% em individuos de idade entre 20 e 45, e somente 16% acima de 60 anos.

E' evidente que o estado social tem a sua influencia, pelo fato de que varios individuos portadores de esporão têm ocupações que os obrigam á posição em pé. Em relação ao fator infeccioso, que é o primordial, devemos, desde logo, mostrar uma desigualdade de ponto de vista entre os francezes e norte-americanos.

Os primeiros fazem a gonococcia causa por assim dizer exclusiva das exostoses sub-calcâneas, e a maioria sustenta aquela opinião, defendida por Mondors no congresso francês de cirurgia em 1925.

Os norte-americanos mostram que a gonococcia é a causa mais frequente dos esporões de calcâneo, porém não é a exclusiva.

A este respeito outras infecções, como a sífilis, artrite crônica, amigdalites, infecções dentarias, prostatites, etc., são fatores causais.

A grande estatística de von Lackum e Palomeque é demonstrativa.

Aqueles autores encontraram a etiologia exclusiva gonococcica tão somente em 44% dos casos. A sífilis foi identificada como causa unica do esporão em tres casos, e a arttrite crônica foi observada isoladamente como fator etiologico em 4 casos, enquanto que associada á gonococcia em 8 doentes. Ainda aqueles mesmos autores mostraram em varios doentes, como causa de esporão, infecções focais, como amigdalites, infecções dentarias, e prostatites.

No doente que estudamos parece indiscutivelmente fóra de duvida que uma das causas do esporão é a gonococcia, pois, como vimos na anamnese, os sintomas da molestia apareceram numa época em que apresentava nitidamente uma infecção gonococcica crônica, ainda exacerbada pelos desvios dieteticos: a sífilis, como fator infeccioso, terá contribuido tambem para o aparecimento das exostoses.

ANATOMIA PATOLOGICA

a) *Anatomiã Macróscopica*: — A localização das exostoses é geralmente ao nível da tuberosidade interna. A localização de exostoses em ambas as tuberosidades é rara.

As exostoses sub-calcaneanas se apresentam sob a forma de saliências osseas irregulares e imprecisas, partindo da face inferior do calcâneo, e se dirigindo obliquamente para baixo e para diante. As exostoses medem geralmente de alguns milímetros a 1,5 centímetros. E' necessário saber que a forma e dimensão radiográfica nem sempre correspondem á realidade.

b) *Anatomia Microscópica*: — Antes de mais nada é necessário distinguir o esporão não patológico do esporão patológico.

O primeiro, cuja existência é negada por alguns, se diferencia do segundo pelo fato de apresentar uma continuidade de suas trabéculas osseas com aquelas do calcâneo, enquanto que no esporão patológico, devido ao processo de osteo-periostite e deposição de sais de cálcio, não encontramos sistematização na disposição das trabéculas osseas (figuras 5 e 6).

Analisaremos agora o quadro histopatológico dos esporões que nos interessam, isto é, dos esporões patológicos.

Para uma sistematização no estudo devemos considerar, ao examinar um preparado, os seguintes elementos respectivamente:

- a) trabéculas osseas;
- b) medula ossea;
- c) periosteio;
- d) tecido circunvisinho ao esporão .

As trabéculas osseas apresentam uma disposição irregular, e já vimos anteriormente a significação daquele fato na diferenciação dos esporões não patológicos e patológicos.

Mondors descreveu focos hemorrágicos ao nível das trabéculas osseas, porém nós não os observamos no caso em apreço (figuras 7 e 8).

Ao observarmos a parte medular, notamos que aquela perde o seu aspecto lacunar, e encontramos pequenas áreas de hemorragias em pontos diversos de uma medula geralmente do tipo adiposo, além de um acúmulo focal, em diversos pontos, de linfócitos, monócitos e plasmócitos (figuras 7 e 8). Este acúmulo celular apresenta-se quer sob forma de pequenos focos (figura 8), em qualquer porção da medular, ou então, constitui uma larga faixa ocupando porções relativamente grande da medula; nestas últimas áreas de infiltração ainda existe pontos em que o acúmulo celular é maior (figura 9).

Entre aqueles dois tipos morfológicos de infiltração linfomoplasmocitária devemos salientar ainda um terceiro aspecto bem vi-

sível em todos os preparados, no qual os elementos celulares se apresentam difusos no tecido medular (figura, 8).

Analisada a disposição da infiltração celular linfo-mono-plasmocitaria, é indispensável salientar-se que a frequência numerica daqueles diferentes tipos de células varia conforme o caso: os monocitos no presente caso estão em numero menor do que os linfócitos e plasmocitos (figura, 10).

Além da infiltração celular analisada, ainda encontramos, quer esparsos nos tecidos medular ou nas áreas de infiltração, a presença de leucócitos polinucleares neutrófilos, em numero geralmente pequeno. No tecido medular ainda notamos a existência de vasos sanguíneos, alguns dos quais apresentando franco processo proliferativo.

Analisaremos agora o periosteio. Este ultimo, ao nível da exostose, apresentou-se como um tecido conjuntivo denso, rico em fibras colágenas, e contendo inúmeros vasos sanguíneos.

Os vasos se apresentam sob diversos tamanhos e formas.

Em torno daqueles são raros os acumulos de células de tipo inflamatório, que geralmente é constituído de elementos monocitários, nos raros pontos onde existe. Os vasos que encontramos naquele tecido conjuntivo denso se apresentam como vasos neo-formados, ou então como vasos atingidos por um processo proliferativo (figuras 11 e 12).

Finalmente devemos considerar as alterações dos tecidos vizinhos ao esporão. Nem sempre se notam alterações histológicas.

Em outros casos podemos encontrar um processo inflamatório típico, o que justifica a extirpação dos tecidos vizinhos ao esporão, quando se procede á intervenção. A bolsa serosa de Lenoir faz parte dos tecidos vizinhos ao esporão, e, quando presente, o cirurgião deve removê-la afim de evitar a inflamação crônica daquela.

Uma vez que conhecemos as diferentes alterações histopatológicas encontradas no esporão, devemos classificar as mesmas.

Pela descrição feita se conclue que a exostose sub-calcânica tem como substratum anatomico um processo de osteo-periostite crônica localizada: posteriormente se observa uma deposição de saias de calcio, que é irregular na sua distribuição.

O exame histopatológico, no presente caso, foi gentilmente feito pelo Dr. Humberto Cerruti; evitamos a transcrição do mesmo, porquanto na descrição que fizemos anteriormente se encontram elementos retirados daquele.

PATOGENIA

Um primeiro problema é de saber se a talalgia e a exostose apresentam a mesma patogenia. Ha autores que consideram como duas questões diferentes a resolver. Outros, a maneira de Reclus, admitem

que a talalgia é consequente á exostose. Vejamos, resumidamente, quais as hipóteses que pretendem explicar a talalgia:

a) a hipótese da inflamação do tecido visinho ao esporão, não é cabível, porque nem sempre se verifica aquele fáto;

b) a hipótese do higroma crónico da bolsa serósa de Lenoir carece de fundamentos anatomicos, pois, Labernadie em 30 dissecções não encontrou aquela bolsa serósa, e Gregoire só a encontrou uma vez em 40 pés examinados;

c) a hipótese do esporão como causa directa da talalgia (Reclus) tem contra si o fáto de não explicar a presença da talalgia sem esporão, na opinião de Campos Moreira;

d) enfim outras hipóteses procuram explicar a talalgia, tais como a da nevrite periférica, a da irritação do nervo abdutor de V pedartículo, etc., porém carecem de fundamento histo-patologicos.

Campos Moreira trouxe, em sua tése, uma hipótese calcada naquelas bases. Segundo aquele autor a talalgia seria a consequencia de um processo inflamatório do periosteo, determinado por uma causa (gonococcia principalmente) agindo localmente.

E' esta perostite que iria determinar a talalgia, a maneira do que se verifica com a ostéo-periostite luetica, responsavel pela esternalgia, tibialgia, etc. A documentação anatomo-patologica vem em franco apoio daquela hipótese. No caso que estudamos, bem como em outros, encontra-se no esporão patológico um processo de ostéo-periostite crónica localisada.

Nada mais logico do que responsabilisar a inflamação periostal como a causa produtora das dores. Este fáto nos explica porque o esporão não patológico é perfeitamente tolerado pela doente: nestes casos não existe o processo de periostite localisada. Analisadas as hipóteses patogenicas relativas á talalgia, vejamos agora aquelas que dizem respeito ao esporão.

São multiplas, e a maioria delas não nos satisfaz, porquanto se baseam em argumentos restritos.

Hipótese de Chrysopathes: — Para este autor o nucleo epifisario posterior do calcaneo é muitas vezes subdividido em dois nucleos secundarios — um superior e outro inferior. Este ultimo graças á trações de musculos e ligamentos da planta do pé — seria repuxado sobre o calcaneo, dando lugar, em certos casos, a uma saliencia ossea, que seria o esporão. Esta hipótese é infirmada pelo fáto do nucleo epifisario posterior não tomar parte na formação das tuberosidades calcanianas.

Haglund trouxe a verificação radiografica da impossibilidade daquela hopótese.

Hipótese de Brackett: — A exostose seria a consequencia de uma periostite traumatica, porém o traumatismo esta longe de ser a causa exclusiva da periostite localisada.

Hipótese de Painter: — Invoca este autor como causa da exostose sub-calcianiana o estéó-artritisimo. Trata-se de uma hipótese sem fundamento anatomo-patologico.

Hipótese de Lebr: — E' calcada na associação do pé chato com as exostoses sub-calcianianas. Acha Lehr que a primeira afecção determina aparecimento do esporão. Esta hipótese é inesequível, tendo-se em vista a frequencia relativamente pequena do pé chato.

Hipótese de Haglund: — Pouco se diferencia da defendida por Painter. Atribue o autor ás exostoses sub-calcianianas a mesma significação que apresentam as formações osseas desenvolvidas nas origens dos musculos, nos pontos de inserção de ligamento e capsulas — e que revelam um processo estéó-artrítico. E' possível da mesma apreciação feita a respeito da hipótese de Painter.

Hipótese de Le Dantu: — Acha que exostoses sub-calcianianas são a consequencia de uma ossificação tendinosa e muscular, porém silencia sobre a causa daquela ossificação.

Hipótese de Herzler e Kloeysel: — Acreditam aqueles autores que são as bursites as lesões determinantes da talalgia e da oxostose. Tendo-se em conta a inconstancia da bolsa de Lenoir, compreende-se a falta de fundamentos desta hipótese.

Hipótese de Schwartz e Reclus: — O esporão seria o exagero de uma disposição normal. As tuberosidades de calcanio tornar-se-iam exuberantes pela tração que sobre elas exerceriam os tendões e aponevroses, que tomam suas inserções naquelas tuberosidades.

Se admitirmos a presente hipótese teriamos de convir que a casuistica clinica, sobre a frequencia dos esporões, deveria ser muito maior, porquanto normalmente todos estão sujeitos ás condições mencionadas pleos autores, isto é, em todos se processam as trações por intermedio dos tendões e aponevroses.

Hipótese de Campos Moreira: — O esporão seria determinado por "uma causa irritativa local, oriunda quer de um traumatismo constante, quer de processos infecciosos, determinados por germens ou suas toxinas". A anatomia patologica apoia plenamente a concepção patogenica de Campos Moreira, porquanto o aparecimento do esporão e o seu desenvolvimento está subordinado a um processo de estéó-periostite crónica localisada, isto é, circunscrito a certa porção da face inferior do calcanio, e determinado por uma causa irritativa local, que é geralmente o *Diplococos* de Neisser, que ganha o calcanio por via sanguinea, ou então suas toxinas. Achamos, pois, que as duas hipóteses de Campos Moreira são as unicas que satisfazem

zem, porém julgamos possível considerar um mesmo mecanismo para explicar o aparecimento da exostose e da talalgia, e é o próprio Campos Moreira que usa o mesmo conceito para edificar duas hipóteses patogênicas aparentemente diferentes. Segundo este modo de ver a exostose seria a consequência de uma osteo-periostite crônica localizada, determinada por agentes infecciosos ou suas toxinas, enquanto que a talalgia seria a manifestação patente do processo de periostite.

SINTOMATOLOGIA

As exostoses sub-calcâneas iniciam-se por dores, geralmente de pequena intensidade, localizadas na face inferior do calcâneo, e que o doente apresenta no momento de caminhar. Estas dores geralmente aparecem num doente portador de uma gonococcia crônica, como sóe acontecer no caso que descrevemos.

A's vezes as dores aparecem também acompanhadas por uma ligeira artrite de uma articulação vizinha, porém na maioria dos casos as dores sub-calcâneas antecipam a inflamação da articulação. Em plena evolução as dores ainda representam o sinal característico da molestia, e é geralmente a talalgia que trás o doente ao médico.

Os sinais objetivo são escassos. Quando existe concomitantemente tenosinovite dos peroneiros, artrite tibio-társica, ou da sub-astrálgica, encontramos um aumento de volume no segmento considerado, isto é, da região tibio-társica.

A palpação evidencia uma dor forte e fixa, localizada na face inferior do calcâneo.

A marcha do doente, que desde o início da molestia começa a perturbar-se, devido á dor, apresenta uma típica claudicação do tipo doloroso.

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES

As exostoses sub-calcâneas geralmente não têm tendência para a involução. Campos Moreira defende a idéia de que a diminuição é a evolução mais comum — existindo, no entanto, períodos de exacerbação. As complicações são raras, e podem resumir-se nas seguintes:

- a) exostoses múltiplas;
- a) exostoses sub-calcâneas combinadas á exostoses da face posterior;
- c) fratura (caso de Ebbinghaus);
- d) recidiva após operação.

DIAGNOSTICO

Faz-se á custa da anamnese, do exame objetivo e do exame radiografico. Pela anamnese o doente relata a talalgia, enquanto que o exame fisico vae evidenciar uma zona na face inferior do calcaneo que apresenta uma nitida e fixa sensibilidade dolorosa.

Resta, para elucidar ou afastar o diagnostico de esporão, o exame radiografico do calcaneo, que deve proceder-se sistematicamente em todo doente portador de uma talalgia.

E' util proceder-se sempre ao diagnostico diferencial com outras afecções, que passamos a enumerar.

Osteite do calcaneo: — Produz talalgia, porém o calcaneo se mostra doloroso em toda a sua superficie. A radiografia mostra uma hiperostose difusa.

Ossificação do tendão de Achilles: — E' acompanhada geralmente da presença de exostose ao nivel da face posterior do calcaneo. O doente vem ao clinico se queixando de uma perturbação na marcha, devido a impossibilidade da extensão do pé sobre a perna, movimento executado em grande parte pelo tendão de Achilles.

A radiografia evidencia o assifificação, e se existem ou não esporões na face posterior.

Tenosinovite e bursites da face posterior do calcaneo: — O doente é impossibilitado de contrair os musculos cujos tendões estão com suas bainhas inflamadas, no caso das tenosinovites. Quando existe bursites da face posterior, o doente não póde executar, ou executar penivelmente, os movimentos de extensão do pé sobre a perna.

Bursite sub-calcaneanica: — A inflamação da bolsa serosa de Lenoir é rara, sendo o diagnostico diferencial feito a custa dos raios X, que evidencia uma exostose concomitante ou não.

Artrites sub-astragaliana, tibio-tarsica ou medio-tarsicas — Os doentes apresentam dores ao nivel daquelas articulações, irradiando-se para a face inferior do calcaneo. Na artrite tibio-tarsica ha impossibilidade de executar os movimentos de flexão e extensão dos pés, enquanto que na artrite medio-tarsica o doente não executa os movimentos de lateralidade. Na artrite sub-astragaliana em geral encontra-se um ponto maximo de dôr situado abaixo e atrás do maleolo peroneiro.

Lesões lueticas do calcaneo: — Na forma gomosa o doente é acometido de dores atrozes, predominantemente á noite. A forma "periostal" (periostite sifilitica), que pode conduzir á formação de um esporão, é de diagnostico difficil.

Tuberculose do calcâneo ou das articulações: — A evolução da molestia é lenta, havendo tendencia para a fistulisação e "necrose ossea".

Osteomielite crônica: — O calcâneo se apresenta aumentado de volume, e os Raios X revelam a presença de sequestros.

Fratura fissurarias do calcâneo: — Os raios X revelam os pequenos traços de fratura.

Pé chato doloroso: — Não existe exostose revelada pela radiografia. Ha diminuição da arcada plantar.

PROGNOSTICO

Clinicamente é benigno. Apesar disso a persistencia da exostose conduz progressivamente a uma claudicação do tipo doloroso, cada vez mais pronunciada, impossibilitando o doente para certos serviços.

TRATAMENTO

E' o cirurgico. Consiste na extirpação da exostose, bem como dos tecidos visinhos aquela. A técnica é simples. A incisão da pele é em forma de um "U", com a concavidade dirigida para diante, e é feita no limite entre a pele da região tibio-tarsica e a da região calcânica: a incisão do lado interno, deve descer menos do que no bordo externo, porquanto assim se evita a lesão do ramo calcânico do nervo tibial posterior.

A incisão deve ir de um só golpe até o contacto osseo.

Inicia-se logo o rebatimento desta cunha de tecido, formada pela pele espessa da região e tecido celular sub-cutaneo, evidenciando-se as tuberosidades do calcâneo e o respectivo esporão.

Ao tacto, como á vista, deve reconhecer-se a exostose.

Com um formão abate-se a exostose, abondando-a de trás para diante. Procede-se após a curetagem da base do esporão, com o fim de evitar a possivel persistencia de tecido osseo inflamado, o que poderá determinar a recidiva da exostose. Só após a execução cuidadosa daquele tempo é que se deve proceder á extirpação do tecido adiposo visinho á exostose, bem como da bolsa serosa sub-calcânica, quando presente: nos casos que operamos não encontráms aquella bolsa serosa.

Procede-se finalmente o ultimo tempo, que consiste na sutura da pele com fio de crina.

RESULTADOS OPERATORIOS

O esporão do calcâneo operado com a técnica descrita anteriormente, que é a classica — geralmente não recidiva.

Não deve ser esquecida a possibilidade de reaparecimento da exostose, sobre a qual deve se intervir novamente, conseguindo-se nestes raros casos de recidiva a cura na segunda intervenção. Neste particular é ilustrativo o caso do Prof. Alves de Lima e Dr. Alipio C. Netto, relativo a um esporão bilateral de origem não gonocócica, e que recidivou após a primeira intervenção, curando-se após a segunda. No caso que operamos, que se tratava de um esporão bilateral, a cura foi obtida na primeira intervenção.

O exame histopatológico do material retirado revelou tratar-se da porção ossea atingida do processo inflamatório.

Rua Guáianazes, 99.

RESUME'

L'auteur présente un cas de talalgie conséquente à l'exostose sous-calcanéenne.

Le malade a été opéré s'observant la disparition complète de la talalgie. L'examen histopatologique du matériel retiré par l'intervention a démontré se traiter d'un procès de ostéo-périostite chronique localisé. L'auteur profite de cette observation pour faire une révision dans la littérature des exostoses sous-calcanéennes.

Après l'exposition minutieuse de son observation, l'auteur discute la question étiologique montrant que l'opinion actuelle est l'opinion soutenue par von Lackum et Palomèque, selon lequel les facteurs infectieux qui déterminent l'espéron sont multiples, devant faire ressortir la gonococcie, la syphilis, les arthrites chroniques, les amygdales, les infections dentaires.

Il discute l'étiologie dans le cas qu'il étudie, montrant que, indiscutablement, c'est la gonococcie combinée à la syphilis.

L'auteur ensuite étudie l'anatomie pathologique des exostoses sous-calcanéennes, analysant systématiquement les altérations observées dans les trabécules osseuses, dans la médullaire, dans la périoste et dans les tissus des environs des exostoses.

Il ressort que l'exostose représente un procès de ostéo-périostite chronique localisé, déterminé par agents infectieux ou par ses toxines.

Il discute ensuite les multiples hypothèses pathogéniques au sujet de la talalgie et de l'espéron, faisant ressortir le manque de base histopatologique de la plus grande partie et justifiant l'hypothèse défendue par Campos Moreira, selon laquelle, l'exostose serait la conséquence d'une cause irritante locale provenant : soit d'un traumatisme constant, soit d'un procès infectieux déterminé par des germes ou ses toxines. La talalgie, selon le même auteur, serait la conséquence du procès de périostite localisé. En étudiant la signification qu'il y a pour le diagnostic la talgie fait ressortir la nécessité de se procéder systématiquement à la radiographie, qui évidecie généralement l'exostose sous-calcanéenne.

Il considère après la question du diagnostique différentiel avec nombreuses affections, entre lesquelles l'osteite du calcane, ossification du tendon d'Achilles,

bursite sous-calcanienne, arthrite sous-astragalienne, tibio-tarsique, médio-tarsique, ténosinovites, etc.

Il termine montrant les bases actuelles du traitement chirurgical des exostoses sous-calcanéennes, qui consistent de l'estirpation complète des mêmes, des tissus voisins et de la bourse séreuse sous-calcanienne, quando elle existe. Le pronostique post-opératoire est bon, et généralement la talalgie disparaît.

ZUSAMMENFASSUNG

Verfasser stellt einen Fall von Talalgie, durch eine Exostosis des Calcaneus bedingt, vor.

Der Kranke ist operiert worden, und die Talalgie zum Schwinden gebracht.

Die histopathologische Untersuchung des beim Eingriff entfernten Materials ergab, dass es sich um einen Zustand lokalisierter chronischer Osteoperiostitis handelte.

Verfasser benutzt diese Beobachtung um eine Durchsicht des Schrifttums über den Exostosen des Calcaneus zu machen. Nach der genauen Darstellung seiner Beobachtung, erörtert Verfasser die ätiologische Frage, und zeigt, dass man heute den Begriff von v. Lackum und Palomeque annimmt, dem gemäß die Momente, die den Sporn hervorrufen, mannigfach sind. Darunter muss man die Gonokokkeninfektion, die Lues, die chronischen Arthritiden, die Mandelentzündungen und die Zahninfektionen hervorheben. Er erörtert die Ätiologie in seinem Fall, und zeigt, dass es ausser Zweifel steht, dass die Ursache die Gonokokkeninfektion, mit der Lues vergesellschaftet, ist. Nachdem Verfasser die pathologische Anatomie der Exostosen des Calcaneus studiert und die Veränderungen in den Knochentrabekeln, der Knochenmark, dem Periostium und dem umgebenden Gewebe analysiert hat, hebt er hervor, dass die Exostosis ein Zustand chronischer lokalisierter Osteoperiostitis darstellt, durch infektiöse Keime oder ihre Toxinen bedingt.

Dan erörtert er die verschiedenen Hypothesen über der Talalgie, und dem Sporn (Exostosis), und hebt den Mangel an histopathologischer Basis der meisten unter ihnen hervor; er rechtfertigt die von Campos Moreira verteidigte Annahme, der entsprechend die Exostosis die Folge einer lokal irritativen Ursache wäre, sei es in Gestalt eines konstanten Traumas oder infektiöser, durch Keime und deren Toxinen hervorgerufene Zustände.

Nach demselben Verfasser wäre die Talalgie die Folge eines lokalisierten osteoperiostitischen Zustandes. Als er die Symptomatologie studiert, hebt Verfasser die Bedeutung hervor, die die Talalgie für die Diagnose hat, und die Notwendigkeit, die Radiographie auszuführen, die in der Regel die Exostosis des Calcaneus offenbart.

Darauf erörtert er die Frage der differentiellen Diagnose mit zahlreichen Erkrankungen, darunter die Osteitis des Calcaneus, die Verknocherung der Achillessehne, die subcalcanische Bursitis, die subastragalische, tibiotarsale und mediotarsale Arthritis, die Tenosynovitis, etc. Endlich zeigt er die heutigen Grundlagen der chirurgischen Behandlung der subcalcanischen Exostosen, die in der vollständigen Entfernung, derselben, der umgebenden Gewebe, sowie der serösen Burse von Lenoir, wenn diese vorhanden ist, besteht. Die postoperatorische Prognose ist gut, und in der Regel kommt die Talalgie zum Scheitern.

BIBLIOGRAPHIA

- ALVES DE LIMA, J. e CORREA NETTO, A. — *Talalgia devida a esporão sub-calcaniano*. Bol. Sod. Med. Cirurgia de São Paulo, Vol. XIV, 1-9-930.
 ALLENDE, CARLOS — *Espolones calcaneanos indolores*. Rev. de Cirurgia de Buenos Aires, 10-10-926.
 ALLISON, NATHANIEL — Nelson Surgery, Vol. III, pag. 173.

- BRANDES — *Zur operativen Behandlung des calcaneusporns*. Zentralblatt für chirurgie. 54-1602. 25-6-927.
- BARDELEBEN, K. VON — *Handbuch der Anatomie des Menschen*. Vol. I.
- BAUDET, GERGES — *La tatalgie blenorragique*. Presse Médicale, 38, pag. 604, 3-5-930.
- BONNET — *Synovite des peroniers lateraux en relation avec une tubercule externe du calcaneum exuberant*. Lyon Chirurgicale, n.º 4, pag. 477, 6-931.
- CAMPOS MOREIRA, A. — *Estudo da talalgia consequente ás exostoses sub-calcaneanas*. Tese de São Paulo. 1-1933.
- CONSTANTINI et SABADINI — *Talalgie double par rheumatisme articulaire sans épine calcaneane*. Archives Franco-Balges de Chirurgie, XXX, n.º 3, pag. 252, 3-927.
- CHIARUGI, G. — *Anatomia dell'uomo*. Vol. I.
- DESCLAUX, LOUIS — *Talalgie par exostose sous-calcaneénes d'origine traumatique*. Bulletins et memoires de la Societé Medical des Hopitaux, 47 — 1429, Nov. 1930.
- ERLACHER, P. J. — *Espolon calcaneano*. Orthopedia operatoria, pag. 510, 1932.
- FRASER — *Calcaneal spur*. British medical Journal, pag. 484, 2-3-929.
- FERRARI et MORAND — *Les exostoses sous-calcaneénes*. Journal de chirurgie, 36-180, Agosto de 1930.
- FORGUE, E. — *Précis de Pathologie externe*. Vol. I.
- GUTIERREZ, A. — *Espolones calcaneanos dolorosos*. Rev. Cirurgia de Buenos Aires, pag. 22., 9-930.
- JAKOB — *Entstehungs mechanismus der calcaneusporns*. Deutsche Zeitsc, für chir, Vol. 199, n.º 6, pag. 439. Resumo de Bibliographia orthopedica, 1926, pag. 92.
- KUTZ — *Apophysite du calcaneum*. Journal de Chirurgie, XIV, pag. 646, 1917.
- KAUFFMANN — *Tratato di anatomia patologica speciale*.
- LECENE et LERICHE — *Exostose calcaneéennes et talalgies*. Therapeutique chirurgicale, pag. 19, vol. I.
- LERICHE et POLLICARD — *Les problemes de la physiologie normal et pathologique de l's 1926*.
- LACKUM, W. VON et PALOMEQUE, E. J. — *Gonorrheal spurs as misnomer*. The Mayo Clinic. Vol XXII, pag. 711, 1930.
- LEWIN — *Apophysites of the os calcis*. Surgery, gynecology and obstetrics. pag., 579, nov. 1925.
- MAROT, CLEMENT — *Le calcaneum epineus gonococcique*. These de Paris, 1923.
- MONDOR et GAUTHIERS VILLARS — *Exostoses calcaneéennes*. Annales, d'anatomie pathologique., pag. 823, 7-1929.
- MADIER, JEAN — *Calcaneum (exostoses)*. Manuel pratique de thérapeutique medico-chirurgicale. Vol. I, pag. 267, 1928.
- MAN, C. — *Ein Fall von ausgehenter ossifizierender Periostitis des calcaneus nach Operations eines calcaneusporns eines Bursa sub-calcaneus und Bursa Achillea*. Zentralblatt für chirurgie. 53, 2462 — 25-9-926.
- PORIER et CHARPY — *Anatomie Humaine*, Vol. I, pag. 560.
- POGGI, J. — *Bulsite sub-aguda ou talalgia*. Folha Médica do Rio de Janeiro. 10-85, 15-3-29.
- PAUCHET, VICTOR — *Exostose sous-calcaneéennes*. La pratique chirurgicale illustrée. Vol. XII, pag. 181.
- PATEL et COMTE — *Contribution a l'étude des talalgies sous-calcaneéennes*. Revue de Orthopedie. pag. 462. 9-925.
- PANTOLLI, F. — *Sulle exostosi del calcagno*. Archivio di Orthopedia, n.º 13, pag. 193. 1929.

- RAMBAUD et RENAULT — Origine et developpement des os. pag. 236.
- ROEDERER — *La question de la talalgia*. Paris médicale, n.º 29, pag. 70, 17-7-926.
- ROTH — *Proeminent heel*. British medical journal. 2-398. 8-1931.
- RECLUS et SCHWARTZ — *Les exostoses du calcaneum*. Revue de chirurgie, pag. 1052. 1909.
- RIMBARD, RICH et CHARDOUNNEAU — *Talalgie rebelle datand de trois ans guerie par traitement chirurgicale*. Archives de la Societé des sciences medicales de Montpellier, pag. 139, 1. 929.
- RODRIGUES, CIESA — *Espolones dolorosos del calcaneo*. Rev. de cirurg. de Buenos Aires, pag. 217. 2-931.
- SWETT and STOLL — *Hereditary syphilis as an etiologial factor in spurs on the os tarsis*. Surgery, gynecology and obstetric, pag. 674. 1916.
- TESTUT, L. et LATARGET, A. — *Traité D'Anatomie Humaine*. vol. I.
- TESTUT, L. et JACOB, O. — *Traité D'Anatomie Topographique*. vol. II.
- TAMINE, LUIZ — *Exostoses del calcaneo*. Rev. Cir. de Buenos Aires. 10-1924.
- TAVERNIER, M. — *Le siège précis de la douleur dans la talalgie avec exostose sous-calcanéennes*. Lyon Chirurgical, n.º 1, pag. 100, 1925.
- WARRACK, K. S. — *Spurs of traumatic origin*. British Medical journal. Vol. I, pag. 951. 25-5-29.
- WADE, K. — *Exostose as result of gonococcal infection*. The Journal of Orology. 20, pag. 259. 8-1928.
- WERNECK, BAPTISTA — *Tratado clinico do diagnostico cirurgico* — pag. 490.

Srs. Medicos!

Os productos biologicos (Soros e Vaccinas) do
INSTITUTO BUTANTAN
 representam *ga-*
rantia maxima
 para o tratamento
 de seus doentes

DEPOSITARIO:

JOÃO LOPES

RUA 11 DE AGOSTO, 29
SÃO PAULO



As flexões lateraes direita e esquerda nas operações do abdome superior (*)

Dr. Alipio Corrêa Netto

Assistente extra-numerario do serviço de Cirurgia do prof. Alves de Lima
Cirurgião da Santa Casa

As vias de acesso aconselhadas para se alcançar os órgãos localizados nos hypocondrios se multiplicam em uma serie enorme, mostrando que o problema envolve difficuldades que nos parecem não foram de todo contornadas.

Mórmente no que concerne ás vias biliares extra-epathicas e ao proprio figado, encontramos grande diversidade de opiniões relativas ás incisões da parede abdominal. São dois os factores essenciaes que occasionam as difficuldades em apreço:

- a) profundidade e situação excentrica dos organs;
- b) receio justificado de lesão dos elementos constitutivos da parede abdominal.

Esta questão se evidencia mais em relação ás vias biliares porque os casos chirurgicos a ellas affectos são eventualidades diarias, mas o accesso ao baço, ao cardia, ao proprio figado é gravado com os mesmos tropeços.

Para contornar as difficuldades relatadas tem-se atacado o problema por duas faces — pelas incisões da parede abdominal e pelas posições em que se colloca o paciente na mesa de operações.

As incisões são numerosas, os livros de technica chirurgica registram mais de 10. Podemos dividil-as em dois grupos, conforme o criterio que guiou a sua concepção.

As que pretendem obter uma via de accesso larga, com maior exposição do organ, fazendo facilidades ao cirurgião, mas com sacrificio mais ou menos grave dos elementos constitutivos da parede ab-

(*) Communicado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo na sessão de 16-11-1933.

dominal, e aquellas que poupam estes mesmos elementos o maximo possivel, mas cream embaraços á acção do operador.

Entre os esquemas da figura 1, temos o typo classico da incisão de Kocher, que sacrifica varios nervos intercostaes e incide todos os musculos largos de abdome em quasi toda a porção que corre paralela ao rebordo costal.

As outras variantes desta incisão sacrificam maior ou menor numero de elementos da parede abdominal. A critica mais severa que se lhes endereça é que ellas predispõem ás eventrações post-operatorias, complicações desagradaveis e incommodas. Poder-se-ia ainda dizer que o accesso assim obtido não é tão amplo, a ponto de justificar os maleficios dellas decorrentes, pois, si a incisão obliqua de Kocher dá grande e facil accesso á vesicula e ao cistico, não é muito aconselhavel quando se quer attingir as ultimas porções do choledoco (Hartmann).

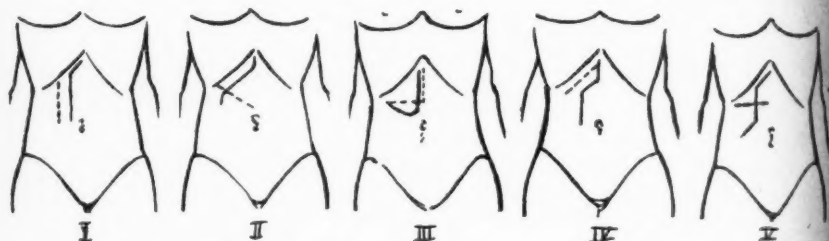


Fig. 1 — Incisões para operações de vias biliares.

- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| I — — — Mayo-Robson. | II — — — Hartmann. | III — — — Rio Branco. |
| ... Pean. | ... Kausch. | ... Kehr (II). |
| V — — — Kehr (I) | IV — — — Bevan, | |
| ... Kocher. | ... Sprengel. | |

Para se alcançar este ultimo ponto seria melhor a via de accesso de Sprengel, a qual, no emtanto, não faculta chegar-se facilmente á vesicula.

Os outros typos de incisão ou são demais contundentes e de difficil sutura, como a de Rio Branco (que incontestavelmente dá muita luz á operação), aliás baseada em estudos anatomicos cuidadosos, ou se afastam demasiado do ponto a attingir.

Realmente as incisões mediana, semi-mediana de Donati e para-mediana através da bainha do recto anterior, como usa Moynihan, vão muito bem nos individuos longilineos, de longo epigastrio onde as vias biliares estão proximas da linha mediana; mas nos typos de thorax largo, com angulo de Charpy muito aberto, o accesso se torna penoso devido á lateralização da vesicula.

Moynihan diz que, nesses casos, prefere a incisão de Kocher, opinão que justifica a nossa observação.





Fig. 2 — Estomago no decubito dorsal.



Fig. 3 — Estomago na flexão lateral direita.

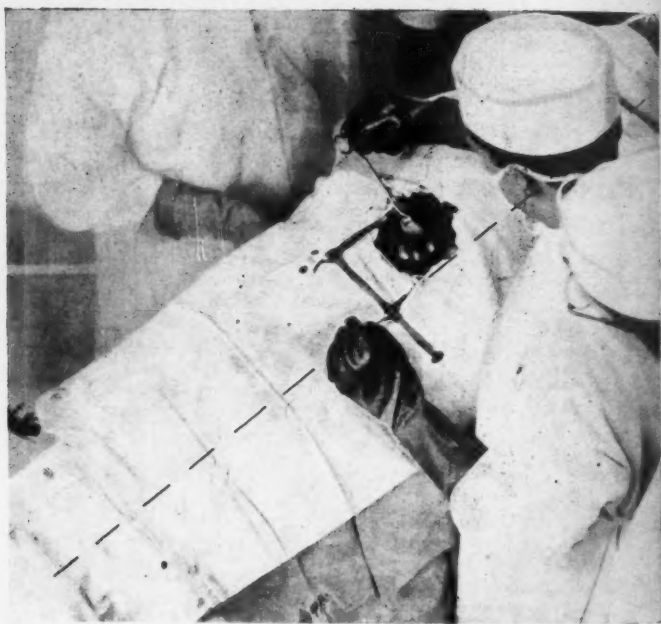


Fig. 9 — Vesícula biliar tracionada por uma pinça.
Decubito dorsal retilíneo.

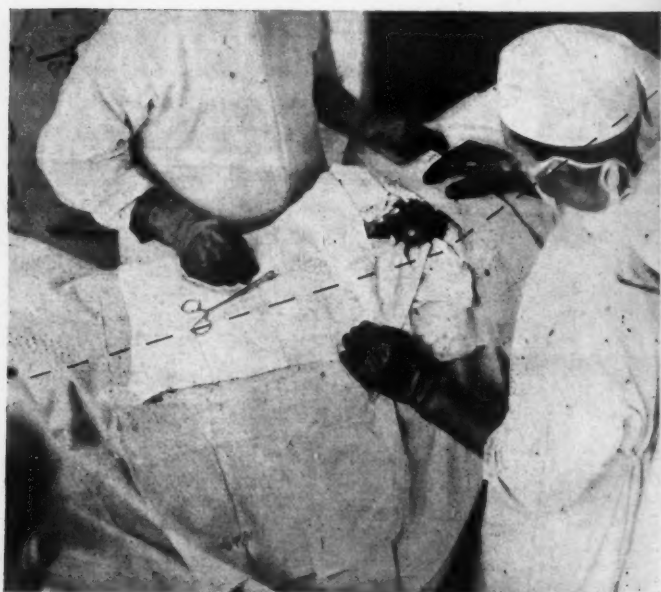


Fig. 10 — A vesícula biliar faz saliência espontanea-
mente no campo operatorio. Decubito dorsal com
flexão lateral direita.



n
t
v
d

x
n

V
d
n

A solução do problema por meio das incisões é ainda dicutível, não se chegou a um accordo.

O outro modo por que se tem querido solucionar a questão é o da posição a se dar ao doente na mesa operatoria.

Sabemos que estas posições têm sido a de modificar a attitude do paciente segundo o plano antero-posterior, isto é, dobrando-o em angulo, o que se consegue collocando-lhe sob a região dorsal um coxim, que facilitaria a bascula do fígado com exposição de sua face inferior, e portanto, facilitando attingirem-se os órgãos ahi apensos.

Trata-se da posição de Mayo Robson ou de Eliot, segundo Moynihan. Esta attitude do paciente, comquanto universalmente usada, traz poucos beneficios ao acto operatorio, tão poucos, ao nosso ver, que raramente della lançamos mão nas operações das vias biliares.

Brandão Filho (1) usa collocar o operado em posição quasi erectil, ao contrario da posição de Trendelenburg de modo que a mesa forma com a horizontal um angulo mais ou menos agudo, estando a cabeça do doente voltada para cima.



Fig. 6 — (segundo Estiú) Localisação do vesicula biliar no decubito dorsal e nas flexões lateraes esquerda e direita.

Não temos experiencia do uso desta posição, para as vias biliares. Nas intervenções sobre o cardia foi ella para nós muito proveitosa, principalmente devido a queda da massa intestinal para o baixo ventre, como bem accentua aquelle professor da Universidade do Rio de Janeiro.

Deante destes dados pareceu-nos opportuno experimentar a flexão lateral como meio de facilitar as operações nos órgãos situados nos hipocondrios.

Esta nossa resolução obedece a uma suggestão do Dr. Cassio Villaça(7), que havia feito uma serie de estudos radiologicos sobre os deslocamentos dos órgãos abdominaes quando se colloca o individuo nas posições de flexão lateral.

Na Argentina, Manoel Estiu (3) fizera os mesmos estudos que o Dr. Villaça e a publicação dos resultados de suas pesquisas appareceu com pouco antecedencia á publicação feita pelo nosso patricio. As radiographias tanto de Estiu, como de Villaça suggerem nitidamente, haver vantagens na flexão lateral tanto nas operações sobre o fígado e vias biliares, como sobre o duodeno.

Reproduzimos algumas radiografias do Dr. Cassio Villaça, (figs. 2-3-4-5) que agradecemos, e o eschema que tomamos a liberdade de copiar de Estiu (fig. 6).

Entre nós ainda, o Dr. Edmundo Vasconcellos (6) falou sobre as vantagens encontradas na palpação do estomago e pyloro quando se colloca o paciente em flexão lateral direita.

Aliás Estiu (2) havia anteriormente informado que a palpação dos órgãos abdominaes é realmente facilitada por esta posição; sendo mesmo os seus primeiros estudos feitos neste sentido (1932). Na mesma ordem de idéas o Dr. Jairo Ramos, ao commentar a comunicação do Dr. Edmundo Vasconcellos, salientou que tal posição permite palpar-se muito mais facilmente que em qualquer outra os varios segmentos colicos, principalmente o colon descendente.

Como é facil de concluir por esta exposição, o assumto estava mais ou menos em fóco quando resolvemos collocar estes conhecimentos a serviço da cirurgia.

A base anatomica destas modificações topographicas das visceras nas diversas attitudes do corpo encontra-se nos trabalhos, que se poderiam chamar de completos, devidos a Müller (5) ao estudar cadaveres de pessoas justicadas, immobilizando-os por congelação, em flexões lateraes além de outras posições.

Consiste a flexão lateral em inclinar-se o tronco e os membros inferiores do paciente para um mesmo lado afim de que o corpo forme um angulo cujo vertice corresponda á região lombar e os dois lados sejam formados — um pela parte do tronco acima da região lombar e o outro pelos membros inferiores.

O paciente está previamente collocado em posição dorsal sobre a mesa de operações. Para evitar que elle se desloque para o lado da flexão, imaginamos prender á mesa operatoria um suporte, no caso um taco de madeira, que constitue um plano resistente collocado contra o seu flanco (fig. 7).

Para conseguirmos a posição foi-nos necessario adicionar uma pequena mesa, ao lado da mesa operatoria, em que se deitam as pernas do paciente. E' realmente um inconveniente, mas elle é facilmente removido pelo meio indicado.

A mesa de operações de De Quervain (fig. 8), no emtanto, com a movimentação da sua metade distal permite conseguir-se facilmente a posição em apreço.

Vantagens da nova posição: Como se vê, nas radiographias e nos eschemas citados, ha na flexão lateral direita um deslocamento acentuado da vesicula e do piloro em direcção á linha mediana, chegando

mesmo a ultrapassal-a. Só isso já é um indicio de que, nesta posição, poderemos, com uma incisão para-mediana, trabalhar sobre taes órgãos no meio do campo operatorio.

Além disso, aproximam-se os pontos de inserção dos musculos abdominaes, direitos, mórmente os rectos anteriores; elles tornam-se menos distendidos e o afastador ao abrir-se repuxa-os mais para fóra creando maior luz ao campo operatorio, o que permite ao operador melhor visão e accesso mais facil.

Quando se faz gastrectomia devida a ulcera alta da pequena curvatura o bordo esquerdo da ferida perturba as nossas manobras, principalmente ao se praticar a anastomose gastro-jejunal ou mesmo ao se suturar a parte alta da brecha gastrica.

Pois bem, nessas occasiões mandamos collocar o paciente em flexão lateral esquerda; o musculo recto deste lado pode ser mais afastado o que clareia o campo operatorio.

Ainda nos operações por ulcera gastro-duodenal, poderemos encontrar obstaculos no tratamento de um coto duodenal, que se encontra profundamente situado; inclinaremos então o paciente para a direita. O duodeno aproxima-se mais da linha mediana e torna-se mais accessivel.

Mostramos em photographias a vesicula de um paciente antes e depois de se o collocar em flexão lateral direita.

Na figura 9, para a vesicula ser visivel, houve mistér puxal-a com uma pinça, que a prende pelo fundo, (antes de estar o doente em posição); na fig. 10 vê-se a mesma vesicula fazendo saliencia nitida no campo operatorio, agora sem nenhuma tracção e graças a flexão lateral direita, posição occupada pelo operando.

Para as laparatomias supra-umbellicas usamos sistematicamente a incisão para-mediana através da parte interna da bainha do recto (Moynihan), mas na reconstituição da parede frequentemente encontravamos serias difficuldades, principalmente quando se emprega a anesthesia local, mas com a nova posição melhora a situação e tudo corre com mais facilidade.

Numa das nossas ultimas laparotomias notamos mesmo o interessante facto que a vesicula biliar vinha intrrometer-se na parte inferior da incisão e perturbava a sutura profunda, sendo necessario diversas vezes empurrar-a e mantel-a dentro da cavidade por meio de um afastador.

A nós nos parece de alguma vantagem a flexão lateral nas operações do abdome superior, no emtanto guardaremos para mais tarde fazer um juizo definitivo a respeito.

Não encontramos na literatura consultada nenhuma referencia ás flexões lateraes em cirurgia, por isso, chamamol-a, ás vezes, no decurso desta exposição de *posição nova*, no emtanto, queremos realçar que as nossas pesquisas da literatura foram muito incompletas por

motivos alheios á nossa vontade; queremos com isto salvar-nos da critica de estarmos repisando cousas conhecidas com o sabor de originalidade. De qualquer maneira, o nosso fim principal é chamar a atenção dos cirurgiões sobre a questão e ouvir delles a opinião sincera, qual seja de saber se ha vantagens nesta posição, e se havendo, deva ella ser usada correntemente em cirurgia abdominal.

CONCLUSÕES

- 1 — As difficuldades de acesso aos órgãos do abdome superior deu origem a uma serie grande de incisões e posições cirurgicas.
- 2 — A incisão para-mediana direita é a melhor para estas intervenções.
- 3 — Baseados em estudos radiologicos anteriores e na nossa experiencia propomos as flexões lateraes direita e esquerda como posição cirurgica.
- 4 — A posição de flexão lateral direita facilita sobremodo as operações sobre as vias biliares e duodeno.
- 5 — A posição de flexão lateral esquerda permite maior luz operatoria nas ressecções altas do estomago, intervenções no cardia e baço.

CONCLUSIONS

1. The difficult access to the organs of the upper abdomen have given cause to a great series of incisions and cirurgical positions.
2. The vertical incision made from 4 to 5 cms. to the right of the median line has proved the best for these operation.
3. Based upon some radiological studies in addition to our own experience, we shall propose the right an left lateral flexion as a cirurgical position.
4. The position of right lateral flexion help greatly the operations on the gall-bladder, bile-duct and duodenum.
5. The position of left lateral flexion lets more operatory light in the high recesses of the stomach, operations in the cardiac and spleen.

Av. Rodrigues Alves, 26.

BIBLIOGRAPHIA

- 1 — BRANDÃO FILHO, A. — *La position verticale dans les interventions sur l'étage supérieur du ventre.* — "Presse Medicale", n.º 76, 23-11-1931.
- 2 — ESTIU M. — *Inflexiones laterales para el estudio del abdomen. Palpacion.* — "El Dia Medico". — An. V, n.º 12: 267-268; 17-10-1932.
- 3 — ESTIU M. — *Sobre una nueva posicion para el estudio radiologico del abdomen. Destro y sinistro flexion, sus particularidades en la radiologia gastrico-colecisto-duodenal.* — "La Prensa Medica Argentina", Ano 20, n.º 23: 1225-1244; 14-6-1933. Ano 20, n.º 24: 1292-1319; 6-7-1933.
- 4 — MOYNIHAN B. — *Abdominal Operations*, 4.ª edição: vol. II, pag. 315, 1928.
- 5 — MÜLLER F. — *Untersuchungen über die Topographie der Rumpfteigeweide bei verschiedenen Stellungen des Körpers.* — Berlim, 1933.
- 6 — VASCONCELLOS, E. — *Da flexão lateral na palpação do piloro (nota previa)* — "Rev. Assoc. Paulista de Med.", vol. 3, n.º 4, pag. 222, outubro 1933.
- 7 — VILLAÇA, C. M. — *As flexões lateraes nos exames radiologicos do estomago, duodeno e vesicula.* — "Rev. Assoc. Paulista de Med.", vol. 2, n.º 6, pags. 301-309, junho de 1933.

RAIOS X
DOS DENTES E DA FACE
Diagnostico immediato

Dr. Darwin
Cirurgião Dentista

PRAÇA RAMOS DE AZEVEDO, 18 - 2.º Andar
Telephone, 4-1826

CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

Pilulas e Xarope

BLANCARD

de PARIS

Marque Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

AUMENTO DE
14%
na quilometragem por litro

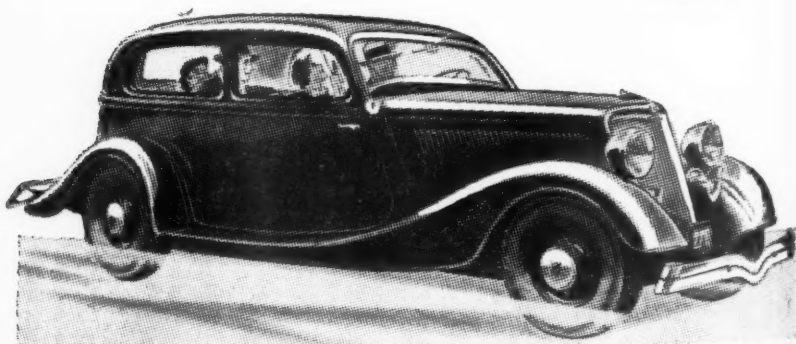
O NOVO Ford V-8 para 1934 vem realizando recordes notaveis de economia de gasolina.

Inumeros proprietarios, após suas primeiras viagens no novo Ford para 1934, nos têm externado o seu entusiasmo pela extraordinaria quilometragem conseguida por litro de gasolina, afirmando mais que é notavel o insignificante consumo de oleo verificado.

E' que a nova carburacão dupla e a dupla tubagem de admissão contribuem poderosamente para o aumento de 14 % agora obtido na quilometragem por litro de essencia, tornando, tambem, a partida ainda mais facil em tempo frio.

Guie o novo Ford e constate pessoalmente as suas qualidades.

FORD MOTOR COMPANY



A eosinophilia sanguinea

Prof. Samuel B. Pessôa

Cathedrático de Parasitologia da Faculdade de Medicina de São Paulo

e

Dr. João Alves Meira

Assistente

(Continuação do numero anterior)

Entre as multiplas razões invocadas para justificar os resultados por vezes contradictorios destas pesquisas no sentido da obtenção de um augmento dos eosinophilos sanguineos ou de uma attracção *in loco* das mesmas cellulas, foram apontadas como principaes as seguintes:

- a) o emprego de doses diferentes dos liquidos injectados; as doses massças de extractos de helminthos não trazendo em regra eosinophilia (Weinberg e Mello).
- b) a variabilidade da actividade toxica dos productos empregados; assim os extractos ethereos e chloroformicos de distomas ao contrario dos extractos alcoolicos e aquosos dos mesmos parasitas, seriam inactivos segundo Baur; no cysto hydatico só o liquido de igual nome seria toxico e dotado de acção eosinotactica emquanto que as membranas e aculeos da mesma forma parasitaria seriam destituídos de tal acção (Chauffard e Boidin); os extractos de *Strongylus* (esclerostomas) segundo Grosso, pelo seu pobre teor em albuminas, não seriam eosinophilotacticos; entretanto as investigações de Weinberg e seus collaboradores concluíram justamente pelo alto poder eosinophilotactico do mesmo extracto desde que no sangue dos animaes de experiencia existissem eosinophilos e attribuíram o fracasso das pesquisas de Grosso ao facto deste autor ter se utilisado de animaes com taxas diferentes de eosinophilos em seus sangues.
- c) o momento em que se pratica o exame do sangue tambem pode influir na interpretação dos resultados pois a phase de eosinophilia pode ser precedida de um periodo mais ou menos demorado de eosinopenia e o exame feito nesta occasião como se com-

prehende facilmente, deixa de pôr em destaque a acção chimio-tóxica positiva que se procurava demonstrar com respeito aos eosinophilos para uma substancia dada.

- d) talvez, como supomos pelas razões que discutiremos na parte final deste trabalho, também tenha influencia sobre os resultados visados a especie do animal de experiencia.

Não só por meio de injectões como dissemos foram investigadas as acções chimiotaxicas exercidas pelos productos de origem helminthica sobre os eosinophilos. Calamida em experiencias reputadas engenhosas introduziu pequenos tubos de vidro contendo extracto de *Taenia* no tecido subcutaneo do dorso de coelhos e verificou examinando o conteúdo dos tubos que foram fragmentados 24 horas após ter se cicatrizado a incisão dos tecidos que, entre os leucocytes que affluíram para o interior dos tubos capillares, a maior parte era representada por eosinophilos.

Homma estudou o assumpto da eosinophilia sob o triplice ponto de vista, hematico, local e medullar e realisou uma numerosa serie de interessantes experiencias nas quaes transplantava em ratos pedaços de órgãos de helminthos. Em torno destes pedaços produziu-se uma eosinophilia textural que o autor viu se constituir pela migração dos eosinophilos do sangue para os tecidos através dos capillares. Elle mostrou que as substancias eosinophilotacticas soluveis no alcool e na agua são conservadas nos corpos dos parasitas quando estes são mortos e seus fragmentos são conservados em alcool ou formol.

Do balanço de todas estas pesquisas cujos resultados encerram contradicções as mais das vezes só apparentes, se concluiu pela acção eosinophilotactica dos productos parasitarios desempenhada pelos estímulos que elles exerceriam sobre os organs formadores de eosinophilos. Tal acção se traduz seja pelo accumulo de eosinophilos no ponto de introdução da substancia excitante seja pelo augmento do numero das mesmas cellulas no sangue circulante ou ainda pela concomitancia e parallelismo da eosinophilemia e da histoeosinophilia.

A obtenção no campo experimental de eosinophilias sanguineas ou locais mediante o emprego de substancias parasitarias viria então, segundo muitos autores, concorrer para se interpretar a mesma reacção hematica ou textural observada frequentemente nos casos de parasitismos em condições naturaes. Em outras palavras, tanto na introdução artificial de productos parasitarios como nas infestações helminthicas naturaes a eosinophilia seria pois o testemunho das reacções que os organismos parasitados offerecem ás acções toxicas elaboradas pelos proprios parasitas. Uma differença separa entretanto as duas eosinophilias; n'uma, na experimental, os organismos reagiriam ás proprias substancias toxicas injectadas; na outra, naquella decorrente das parasitoses naturaes, ella apparece como o resultado da absorpção por parte dos organismos parasitados de taes productos elaborados pelos parasitas.

Consideradas estas eosinophilias como a resposta ao appello das substancias toxicas elaboradas pelos parasitas ou contidos nos seus extractos buscaram os autores logo indagar entre os elementos constitutivos desses productos qual o principio activo a que mais directamente estivesse ligado este poder chimiotaxico e mais precisamente fosse responsavel pela eosinophilia das parasitoses.

Foram sobretudo as investigações de Herrick além das de outros autores, realizadas com extractos de *Ascaris* que responsabilisaram as proteínas contidas nesses extractos como as substancias que influem sobre o apparecimento de uma reacção eosinophilica. Mas além das proteínas estes extractos contém outras substancias (ácidos valerianico, butyrico, formico, acrilico, proprioncio, etheres e estheres das series ethylica, butylica, amylica, bases purinicas, ammoniaco, hydrogenio sulphurado, mercapano, etc.), capazes ellas tambem de despertar a mesma reacção sanguinea nos animaes de experiencias como demonstraram os estudos de Flury confirmados recentemente por Borchardt. Este autor em 1929 em experiencias realizadas em gatos após mostrar que a injeccção subcutanea de substancias obtidas do *Ascaris* fossem ellas providas ou não de albuminas, determinava o apparecimento de uma eosinophilia sanguinea mais ou menos forte, concluiu que "combinações organicas relativamente simples, como os aldehydos da serie gordurosa exceptuado o aldehydo acetico — combinações estas que foram encontradas por Flury como parte constituinte do organismo dos *Ascaris* podem determinar o augmento de uma especie de leucocyots do sangue (os eosinophilos). Doses menores de aldeydos occasionam eosinophilia, doses maiores determinam pelo contrario intensiva hyperneutrophilia".

Não só productos de origem helminthica mostraram-se eosinophilotacticos experimentalmente. Weinberg e Mello e depois delles, Hadwen, mostraram que os extractos obtidos de larvas de moscas possuem as mesmas propriedades (*Oestrus*, *Hypoderma*). O ultimo autor citado, em 1918, estudou a eosinophilia local provocada pela injeccção subcutanea do succo obtido pela trituração de larvas de *Hypoderma*. No ponto da injeccção formava-se uma vesicula contendo no seu interior um liquido rico de eosinophilos dotados de propriedades phagocytarias contra as particulas residuaes das larvas contidas no liquido injectado.

Tambem os productos de secreção elaborados por insectos hematophagos e inoculados no momento em que estes insectos exercem o seu hematophagismo possuem uma acção eosinophilotactica. Asúa fez experiencias nas quaes demonstrou não sómente esta acção eosinotactica como tambem a rapidez com que os eosinophilos respondem á substancia inoculada na occasião da picada. Elle fez picar individuos, alguns com eosinophilia sanguinea, por exemplares de *Cimex* conservados varias horas em jejum, e verificou depois, examinando o sangue contido no intestino dos insectos que os eosinophilos ahi se mos-

travam em taxa sempre superior áquella exhibida pelo exame do sangue colhido no momento exacto em que os individuos foram picados. Comparando a formula leucocytaria dos individuos que se submeteram ás experiencias com aquella encontrada no conteúdo intestinal dos insectos (*Cimex*) Asúa mostrou que a attracção exercida pela substancia inoculada na occasião da picada, e que é a mesma que determina a papula, se faz sentir sobre os eosinophilos ainda que tambem sobre os lymphocytos.

Os productos de origem microbiana em contraste com aquelles de proveniencia parasitaria exercem com algumas excepções, uma acção eosinophilotactica nitidamente negativa. Já vimos que, salvo em alguns casos, no acme da evolução das molestias infecciosas agudas os eosinophilos diminuem ou desaparecem da circulação para só voltar tardiamente na convalescença. Assim tambem se comportam os eosinophilos após a injectão em animaes, de productos bacterianos. Basta a este proposito citar os resultados das pesquisas de Stäubli que puzeram em evidencia estes factos .

Este autor por meio de injectões intraperitoneaes na cobaia de productos de diversos agentes infecciosos (culturas em agar de bacillos typhicos, coli, proteus, de estreptococcus, estaphylococcus, de pneumobacillos, etc.) fez desaparecer a eosinophilia peritoneal normal destes animaes assim como notou diminuição accentuada dos eosinophilos sanguineos.

Já em 1901 Achard e Loeper haviam verificado que os animaes infectados por diversos agentes microbianos apresentavam após uma phase inicial neutrophila, outra de mononucleose a qual se seguia o augmento dos eosinophilos, em alguns casos este sendo muito marcado, facto que foi comparado á eosinophilia da convalescença obtida experimentalmente.

Entretanto a tuberculina que provoca como vimos, no homem eosinophilia tambem injectada em animaes acarreta modificações da taxa eosinophilica do sangue. Fichez, Aubertin e Fontan obtiveram em cobaias marcada eosinophilia por meio de injectões de tuberculina mas com a condição de que fossem injectadas doses fortes e que a tuberculina não soffresse phenomenos oxydativos (exposição á luz solar, acção de H_2O_2 ou $KMNO_4$) que se mostraram capazes de inhibir a sua acção eosinophilica.

Deve-se principalmente aos trabalhos de Schlecht e Schlecht e Schwenker o conhecimento dos factos que puzeram em evidencia as relações da eosinophilia com as manifestações geraes ou locaes da desintegração parenteral das proteínas. Graças ás conclusões destas pesquisas seus autores firmaram o conceito de ser a eosinophilia a expressão de uma reacção do organismo contra os productos toxicos da desintegração das proteínas extranhas ou que nelle se originam pela desintegração anormal das proprias proteínas.

Segundo estes autores seriam os productos de destruição resultantes da acção fermentativa de outros leucocyts sobre as albuminas extranhas que agiriam chimiotaxicamente sobre os eosinophilos.

Em vista do resultado de suas pesquisas porém Asúa julga se deva attribuir aos proprios eosinophilos attrahidos chimiotaxicamente o papel de desdobrar e digerir as substancias extranhas de natureza albuminoide introduzidas no organismo ou neste produzidas por um anormal funcionamento de seus organs a custa da libertação de fermentos proteolyticos encerrados por aquellas cellulas.

Partindo da observação que nas creanças com diphteria a injeção do soro antidiphterico provocava nitida hypereosinophilia Schlecht injectou o mesmo soro tanto em individuos sãos como em animaes de laboratorio obtendo identicos resultados quanto á alteração da formula sanguinea. Não só o soro citado se mostrou dotado de acção eosinophilotactica pois que esta foi tambem evidenciada quer no soro normal quer no liquido ascitico. Que ás albuminas contidas nestes productos devia ser attribuida a acção eosinophilotactica observada falavam não só o facto de ser modica a dita reacção após o emprego dos mesmos liquidos desalbuminizados como tambem a verificação de forte reacção eosinopholica pelas injeções repetidas de albumina de constituição tão ou mais complexa que a peptona (ovo albumina, fibrina, serum albumina, serum globulina, e a propria peptona).

Em quasi todos os casos o apparecimento da eosinophilia sanguinea era precedido de uma phase de eosinopenia finda a qual aquella se mantinha durante todo o tempo das experiencias só desaparecendo gradualmente quando eram suspensas as injeções.

Tambem a eosinophilia local foi estudada por Schlecht e Schwenker. Em cobaias sensibilizadas pelo soro elles observaram algumas horas após a injeção desencadeante feita intraperitonealmente o apparecimento de uma eosinophilia pulmonar localisada principalmente em torno dos bronchios e dos bronchiolos. Uma importante infiltração eosinopholica foi verificada no tecido subcutaneo de cobaias nas quaes os citados autores injectaram previamente, com 2 ou 3 dias de intervallo entre cada injeção, soro humano inactivado. Segundo Schlecht e Schwenker a eosinophilia depende dos productos toxicos resultantes da desintegração das albuminas extranhas injectadas repetidamente e está intimamente relacionada aos phenomenos anaphylacticos.

Numerosos outros autores (Moschowitz, Ebbel, Ahl e Schittenhelm, Weinberg e Seguin, Asúa) retomaram as experiencias de Schlecht e Schwenker estudando o comportamento dos eosinophilos em presença de muitas outras substancias de natureza albuminoide.

Homma, por exemplo, em suas experiencias já citadas não obteve eosinophilia sómente pelo emprego de productos parasitarios. El-

le conseguiu a formação de uma eosinophilia local com a inoculação de outros materiaes.

Nos organs e tecidos de animaes heterologos o autor encontrou as mesmas propriedades productivas de eosinophilia local.

Assim é que com triturados de organs (estomago, coração, fígado, pancreas, glandulas salivares, rins, supra renaes, bexiga, pulmões, baço, medulla ossea, utero, ovario, testiculos, vesicula seminaes, prostata, thyreoides, thymo, ganglio lymphatico, tecidos muscular e gorduroso) de macacos, cavallos e coelhos obteve Homma marcada eosinophilia no ponto de injeção.

Os organs lavados e portanto livres de sangue determinavam eosinophilia tão accentuada quanto os organs com sangue excluindo d'ahi coubesse a este a acção eosinophilotactica verificada. As hemattias desalbuminizadas, lavadas, de coelhos, cobaías e cabras, leucocytos de cavallo, sôro sanguineo coagulado, fibrina, ovo-albumina, serum albumina, hemoglobina, caseina, nucleina, albumoses e peptonas tambem empregadas produziram eosinophilia local.

Os organs ou tecidos de animaes homologos (ratos) quando utilizados produziam ligeira eosinophilia local ou esta faltava completamente. Em 62% dos casos a experiencia foi negativa com os organs de animaes homologos injectados.

Do mesmo modo a eosinophilia local não foi observada com o emprego de substancias vegetaes (grãos de arroz, feijão cosido, batatas cruas, batatas doces cosidas, fructas, castanhas cruas e cosidas, assucar de uva, assucar de canna, amido, assim como com substancias mineraes (parafina).

Weinberg e Seguin após repetir as experiencias de Schlecht e Schwenker argumentaram contra as relações entre a eosinophilia e a anaphylaxia.

Segundo os autores francezes trata-se de um phenomeno immunitario do organismo contra as substancias introduzidas em vista da acção do antigeno sobre os centros hematopoieticos e particularmente sobre a medulla ossea, se effectuar nas mesmas condições que a injeção repetida duma substancia eosinophilotaxica qualquer. Segundo Jimenez Asúa trata-se tambem de um verdadeiro phenomeno immunitario sendo o antigeno immunisante a propria substancia injectada. Weinberg e Seguin argumentam contra a natureza anaphylactica da eosinophilia escrevendo:

"A eosinophilia sanguinea se produz com effeito nas cobaías sensibilizadas mesmo quando a injeção de prova é feita sob a pelle, sem dar lugar a qualquer symptoma morbido. Do mesmo modo a crise anaphylactica, qualquer que seja a sua intensidade não é seguida dum augmento dos eosinophilos quando a injeção desencadeante foi praticada na veia. Emfim, nos casos de anaphylaxia passiva não mortal não ha eosinophilia". "Quanto á eosinophilia pulmonar, obser-

vada por Schlecht e Schwenker, ella está longe de ser constante; a injeccão de prova praticada no peritoneo não determina reacção local pulmonar nos animaes que sobreviveram ao choque anaphylactico. De outro lado a eosinophilia pulmonar preexiste na maior parte das cobaiaes com eosinophilia sanguinea um pouco accentuada e não pode então ser considerada como uma lesão característica da anaphylaxia não mortal".

Para Lepesky a eosinophilia não depende da anaphylaxia mas constitue a reacção do organismo contra a penetração no plasma de substancias proteicas extranhas. Tanto em animaes sensibilizados como nos não sensibilizados a injeccão de leite é seguida do augmento do numero dos eosinophilos.

De qualquer forma deve-se considerar a eosinophilia como uma reacção de defesa do organismo contra as albuminas extranhas influenciada por uma acção chimiotaxica positiva, sendo esta em seus resultados condicionada pelo numero de eosinophilos existentes no sangue circulante.

A eosinophilia quer sanguinea quer local, tem sido obtida experimentalmente por meios mecanicos. Entretanto o agente mecanico não é o causador directo da eosinophilia que só apparece secundariamente, em consequencia das modificações de natureza chimica ou physico-chimica resultantes das alterações estruturales, que seriam por sua vez determinadas por meio das acções mecanicas sobre os tecidos. Por meio destas acções se conseguiriam obter modificações de ordem puramente histologica ou histo-chimica no local onde aquellas acções se fizeram sentir e os productos originados destas modificações que seriam dotadas de poder eosinotactico acarretariam então o apparecimento da eosinophilia local e sanguinea.

Como veremos dentro de alguns instantes, ás acções mecanicas sobre os tecidos agindo desta forma se quizeram attribuir certas eosinophilemias que occorrem nos animaes e filiar e interpretar outras identicas que podem apparecer no homem.

Guerrini, por exemplo, tendo fracassado na obtenção da eosinophilia sanguinea em pombos por meio de injeccões *in loco* (alça intestinal) de extractos de *Heterakis maculosa in totum* ou conseguidos por technica especial (methodo de Brieger) procurou explicar por uma acção mecanica a eosinophilia que nos mesmos animaes, como dissemos, elle tinha visto apparecer em estreita relação com o parasitismo natural ou experimental por aquelles mesmos helminthos. Com effeito este autor, lesando a mucosa intestinal dos pombos, por meio de agentes mecanicos varios, conseguiu elevar de muito a taxa dos eosinophilos sanguineos obtendo, decorridas algumas horas ou dias depois da experiencia nitida eosinophilia, que depois decrescia gradualmente. Tanto nas experiencias em que compromettia a mucosa intestinal dos animaes de prova (pombos) por meio da inoculação directa no intestino de liquidos (solução physiologica, agua distillada)

sob tensão e alta temperatura, como naquellas em que a mucosa era apenas traumatizada pelo attrito de uma parede da alça intestinal contra a outra em varios sentidos, Guerrini, obteve, com os caracteres citados, eosinophilias importantes.

Guerrini tentou por fim experiencias em que procurava realizar as condições mecanicas sobre o intestino por um numero apreciavel de parasitas que deveriam exercer sobre o segmento intestinal acções comparaveis áquellas de um corpo extranho. Guerrini para isso, por um dispositivo operatorio especial, insuflava pó de silicio ou pó de vidro no lume de uma alça intestinal do animal de experiencia. Como por difficuldades technicas os pombos não puderam ser utilizados nestas pesquisas o autor praticou-as em gallinhas que se prestaram muito bem. Nestas experiencias, salvos naquellas em que a substancia insuflada foi o pó de talco, a eosinophilia foi obtida constantemente. De accordo com os resultados de suas investigações, Guerrini attribue a eosinophilia maximé no caso do parasitismo pelo *Heterakis maculosa*, menos á acção dos toxicos elaborados pelos helminthos e absorvidos pelo intestino do hospedador do que ás condições muito especiaes realizadas sobre o intestino do hospedeiro pela acção dos helminthos.

Tal eosinophilia estaria então em relação com o grau e extensão das lesões intestinaes occasionadas pelos parasitas. Segundo Guerrini este seu modo de ver poderia ser generalisado para aquellas eosinophilemias que apparecem nos casos de helminthiases intestinaes. Para tanto bastava ter em mente, de um lado, o conhecimento de que determinados parasitas lesam mais ou menos seriamente a mucosa intestinal do hospedeiro e, de outro lado, o facto de que as eosinophilias que se mostram em taes casos são em regra tanto mais elevadas quanto mais grave é a lesão acarretada pelo parasitismo para o lado da mucosa intestinal.

Nos fócios de liponecrose traumatica provocada por agentes mecanicos (esmagamento com pinça) e nos fócios de reacções asepticas traumaticas e chimicas, Leinati estudou em data recente a origem da eosinophilia local assim obtida. Em cerca de trinta experiencias realizadas em cobaias o autor procurou demonstrar que a liponecrose-traumatica provocada pelo esmagamento do tecido subcutaneo é seguida de eosinophilia local porque as gorduras neutras ou productos de desintegração das gorduras formados no fóco de esmagamento têm acção chimiotaxica positiva sobre os eosinophilos. Apoiaria este modo de ver o facto de ter o autor obtido não só eosinophilia local como sanguinea por meio de injecções de gorduras neutras ou tambem pelas injecções dos productos de decomposição destas gorduras (acidos oleico, estearico, palmitico e glicerina).

Por observações histologicas e hematologicas concluiu Leinati que os eosinophilos observados em experiencias nos processos reactivos asepticos provêm da medulla ossea atravez da circulação sangui-

nea e que a acção eosinotóxica é exercida pela gordura neutra posta em liberdade pelas células adiposas sob a acção dos estímulos provocadores daquellas reacções e, mais precisamente pelos productos de desdobramento, os ácidos gordurosos e a glicerina.

Já vimos que no homem a esplenectomia se acompanha, embora não constantemente, de eosinophilia sanguínea. Além disso, a extirpação do baço em um individuo normal occasiona alterações morfológicas do sangue que podem persistir durante muito tempo. Durante este período, além do augmento dos eosinophilos e dos monocytos, é característico o achado de hematias com granulações basophilas, com corpos de Jolly e também de normoblastos. Nos animais melhor se pode estudar a influencia da ablação cirúrgica do baço sobre o quadro hemoleucocytario, porque nestes casos a intervenção se opera na ausencia de alterações sanguíneas, quasi sempre presentes quando a esplenectomia é indicada no homem. Varios têm sido os animais escolhidos para a realização destas pesquisas e, se as conclusões differem por vezes, estas diferenças não estão ligadas, salvo raras excepções, á especie do animal porque ellas podem ser encontradas, em igual grau, em animais da mesma especie.

Picard e Mallassez (1878), esplenectomisando cães, observaram uma diminuição da taxa hemoglobínica e uma redução parallela de hematias. Winograw (1882) procedendo a retirada do baço nos mesmos animais não observou de outro lado augmento importante dos leucocytos. Segundo Vulpus, entretanto, a extirpação do baço em cães seria acompanhada de leucocytose. Este augmento dos leucocytos duraria mais ou menos 65 dias, findos os quaes aquellas células voltariam á sua taxa normal.

Nicolas e Dumoulin (1903) esplenectomisaram dois cães e observaram resultados algum tanto differentes em um e outro espécimen. Assim, em um dos animais verificaram eosinophilia marcada, enquanto no outro a cifra de eosinophilos não se alterou após a intervenção. Despresando-se a experiencia que chegou a este ultimo resultado, pois neste caso houve após o acto operatorio a formação de um abcesso subcutaneo, que forçosamente influiu sobre as contagens especificas, vemos que, Nicolas e Dumoulin concluiram que a esplenectomia no cão acarreta: hyperleucocytose; lymphocytose precedida logo nos primeiros dias por lymphocytopenia; ligeira neutropenia; diminuição dos monocytos e nitido augmento dos eosinophilos sanguíneos.

Musser (1912), Musser e Krumbhaar (1913) e mais tarde Pearce, Krumbhaar e Frazier (1917) estudaram detalhadamente as alterações sanguíneas decorrentes da esplenectomia em cães. Segundo seus resultados a referida operação determina nestes animais: a) uma anemia secundaria que tem seu maximo um mez após a esplenectomia e que dura dois mezes e meio a tres mezes, quando as hematias voltam a ter as suas cifras normaes; b) uma leucocytose que é imme-

diata, mais marcada 24 horas após a operação tendendo depois a regressir gradualmente, mas que persiste por muito tempo e que por isso não deve ser considerada uma leucocytose post-operatória como fôra de inicio julgada; c) a principio uma redução e depois um augmento dos monocytos; d) neutrophilia e lymphocytose que tendem a desaparecer pouco a pouco; e) o comportamento dos granulocytes eosinophilos obedece um rythmo que pode ser resumido no seguinte: logo depois da operação elles augmentam ligeiramente e assim se conservam até que, na maioria dos casos, no periodo comprehendido entre a 3.^a e a 11.^a semana, os eosinophilos desaparecem completamente; depois desta phase de aneosinophilia os eosinophilos começam a se exhibir em taxa, agora bastante elevada, assim podendo persistir por muitos mezes. Na cobaia Kurloff verificou que a esplenectomia é seguida do augmento dos lymphocytos, augmento que se faz pouco a pouco podendo o numero destas cellulas chegar ao triplo do numero inicial sendo invariavel a proporção dos demais elementos. Segundo Patton, Gulland e Fowler (1902) na cobaia a esplenectomia não acarreta alteração sanguinea ou talvez apenas diminuição dos eosinophilos. Não são do mesmo parecer Mayr e Moncorps para quem a esplenectomia na cobaia é seguida de eosinopenia transitoria logo substituida por eosinophilia que pode ser verificada até 40-50 dias após a operação. Identicas pesquisas repetiu em 1925 Howard Mole em coelhos. Em 6 dos 8 animaes esplenectomizados o citado autor verificou uma diminuição das hematias que attingia em media 20% da taxa preexistente de globulos vermelhos. Após uma semana as hematias começavam a augmentar e 4 a 8 semanas após a esplenectomia o numero dos erythrocytos voltava á taxa primitiva, ultrapassando-a mesmo por vezes. Em outros dois coelhos, Mole encontrou um augmento immediato das hematias, facto que havia sido observado apenas ocasionalmente por Pearce e seus collaboradores em cães e que Asher e Sollberger (1913) já haviam verificado num coelho cinco dias após terem praticado a esplenectomia. Neste ultimo caso o augmento foi de 5.425.000 para 7.550.000 globulos vermelhos por mm.³ Após a esplenectomia Mole verificou, ainda nos coelhos, um augmento dos reticulocytes e da resistencia globular. Para os leucocytos observou o autor citado um augmento invariavel dos leucocytos totaes embora este augmento fosse inferior áquelle observado em cães por outros autores (Pearce e collaboradores), attribuindo a leucocytose ao acto operatorio.

Ponticaccia, citado por Lauda, estudou com cuidado o effeito da esplenectomia sobre o quadro hemoleucocytario dos coelhos. Suas pesquisas revelaram nestes casos as seguintes alterações sanguineas. A' phase de anemia precede um periodo inicial de polyglobulia modica com neutrophilia ligeira e diminuição dos eosinophilos. Depois se installa anemia que pode durar algumas semanas ou mezes exhibindo o quadro sanguineo por essa occasião, além da redução do numero de erythrocytos, o seguinte: a presença de normoblastos, hema-

tias com restos nucleares e corpos de Jolly; anisocytose com micro e macrocytose; reticulocytos em numero apreciavel. A taxa de hemoglobina que havia augmentado durante a polyglobulia cae agora na phase anemica. Contemporaneamente ao se processar a anemia, os leucocytos augmentam numericamente, surge forte neutrophilia e monocyto e lymphopenias. No fim de varios mezes verifica-se tambem uma eosinophilia. As plaquetas orçam por numeros elevados.

Contrariamente aos outros animaes os ratos não soffrem, sem grandes ameaças e riscos para sua sobrevivencia, a extirpação do baço. Apesar de resistirem muito satisfactoriamente ao acto cirurgico, os ratos, quando esplenectomizados, tendo o operador tomado o cuidado de eliminar os baços accessorios por ventura existentes, são accommettidos com grande frequencia de perturbações morbidas que, embora não obrigatoriamente lethaes, ameaçam seriamente a vida destes animaes. Estas perturbações se retratam para o lado do quadro sanguineo por um particular typo de anemia que recebeu o nome de "anemia infecciosa dos ratos" tambem imprópriamente conhecida pela denominação de "anemia perniciosa dos ratos". Com effeito, estes animaes podem albergar um virus endogeno que se torna virulento após a extirpação do baço o que dá lugar ao apparecimento de uma anemia grave e o mais das vezes mortal.

Principalmente aos estudos de Lauda e Cossali, este ultimo entre os autores que mais recentemente têm tratado do assumpto, se deve o conhecimento do quadro hematologico desta anemia que reconhece como agente etiologico a *Bartonella muris ratti* descripta por Mayer em 1921 e que anteriormente, em 1915, Carini descreveu com o nome de *Grahamella muris*.

Pois bem, esta anemia dos ratos que surge nos animaes esplenectomizados e que pôde aliás ser provocada por processos multiplos e variados (bloqueio do S.R.E., após anemias secundarias provocadas, pela ligadura do pediculo esplenico, pela esplenectomia e abandono do baço na cavidade abdominal, por infecções bacterianas, por venenos hemolysantes etc.), tem um quadro hematologico mais ou menos constante no seu aspecto mas rico pelas alterações multiplas de que é séde.

O quadro sanguineo dos ratos nos quaes a esplenectomia conseguiu, precoce ou tardiamente, despertar a *Bartonellose* latente, pôs-se feições caracteristicas. Entre estas as principaes são: a) os globulos vermelhos, em regra, diminuem lenta e progressivamente, outras vezes, verificando-se uma redução rapida das hematias, redução que, num ou noutro caso, leva o numero de erythocytos por mm³ á baixas cifras. Se esta é a regra entretanto pode se verificar uma hyperglobulia inicial que para alguns autores (Lauda e Cossali) só é observada excepcionalmente após a esplenectomia, emquanto para outros (Levi) é ao contrario constante nos ratos que não conseguem sobreviver á infecção. A polychromatophilia que, em certo grau já exis-

te normalmente no sangue do rato, é de muito aumentada. A anisocytose e a poikilocytose, a presença de hematias com corpos de Jolly e outros restos nucleares, o grande numero de normoblastos e a presença de numerosos reticulocytos (às vezes no campo microscopico todos os erythrocytos se mostram corados vitalmente), completam as alterações mais importantes observadas para o lado da serie erythropoietica.

A constante ausencia de megaloblastos e dos elementos derivados daquellas cellulas afastam a anemia dos ratos do quadro da anemia perniciosa descripta no homem por Addison e Biemer e ao qual alguns autores quizeram comparal-a.

No que diz respeito aos leucocyotos observa-se hyperleucocytose, neutrophilia, monocytose, lymphocytopenia. Nos casos que tendem a cronicidade verifica-se um certo grau de eosinophilia que se marca principalmente pelo augmento do numero absoluto dos granulocyotos eosinophilos.

Observa-se tambem aniso e poikilocytose dos granulocyotos maxime dos neutrophilos e a presença de granulações toxicas no cytoplasma dos leucocyotos mormente no dos granulocyotos neutrophilos. As plaquetas sanguineas são notavelmente augmentadas; observa-se ainda como que uma verdadeira descarga de cellulas endotheliales dos mais variados typos no sangue circulante, principalmente de cellulas monocytoides; estas cellulas com frequencia variavel mostram-se em actividade phagocytaria (erythrophagocytose) outras vezes com corpos plaquetosimiles.

A hemoglobina apresenta-se com sua taxa reduzida mas nem sempre esta baixa é proporcional á redução numerica das hematias. Dahi a possibilidade de um valor globular superior á unidade.

Neste quadro ha signaes precursores, como que indices que annunciam o proximo apparecimento nas hematias dos elementos parasitas, a *Bartonella muris ratti*.

Entre estes signaes destacam-se de um lado o notavel augmento das hematias basophilas e de outro a hyperleucocytose que são observados antes de se instalar a *Bartonellose* provocada e a subsequente anemia. Nos ratos que venceram a infecção observa-se a tendencia do quadro sanguineo para voltar ás suas condições normaes. Até que este facto seja conseguido pode-se entretanto verificar, dentro de um periodo de tempo mais ou menos dilatado, a existencia ainda de um certo grau de polychromatophilia e a presença nos esfregaços corados de erythrocytos com restos nucleares e corpos de Jolly. Attendendo para a gravidade desta particular forma de anemia hemolytica que sobrevem no rato esplenectomizado, syndrome anemico que se exteriorisa tambem por symptomas outros (pallidez da pelle, das mucosas e do fundo ocular, arripiamento dos pellos, tristeza, emmagrecimento, febre, dyspnéa, hematuria e hemoglobinuria) e para a importancia das alterações leucocytarias concomitantes affirmou

Lauda: "Dô mesmo modo que o quadro erythrocytario por nós observado nos ratos esplenectomizados e attingidos pela anemia não encontra analogo na literatura, assim tambem o quadro leucocytaire observado nos ratos não pode ser comparado com nenhum dado da literatura sobre o quadro dos leucocytes depois da esplenectomia".

Para o que diz respeito ás alterações leucocytarias no rato esplenectomizado Lauda assevera após comparal-as áquellas que apparecem em outros animaes em identicas condições: "está claro que o notavel augmento absoluto das cifras de leucocytes observado em minhas pesquisas em ratos e a transformação da lymphocytose normal do rato em uma neutrophilia que attinge até 80% não pode ser comparado com os resultados que se encontram na literatura e que foram observados em outros animaes, ou no homem". "Além disto, esses resultados em sua maior parte devem ser considerados como resultados tardios da esplenectomia e por isto devem ser fundamentalmente distinctos da leucocytose que surge muitas vezes já no terceiro dia depois da esplenectomia". "Talvez se observasse, em continuadas verificações do quadro leucocytaire differencial daquelles animaes que não adoeceram depois da esplenectomia, resultados que pudessem ser comparados com aquelles da literatura".

A riqueza do sangue circulante em cellulas endotheliaes integra o syndrome de anemia hemolytica que sobrevem nos ratos esplenectomizados no complexo de uma verdadeira reticulo-endotheliose por cuja natureza infecciosa é responsavel a *Bartonella muris ratti*.

De outro lado nos pareceem muito interessantes as conclusões de Fiorio acerca de suas pesquisas sobre a esplenectomia e a bacteremia. Fiorio com effeito, esplenectomizou um lote de ratos brancos que estavam isentos de *Bartonella muris ratti* pois que estes parasitas não foram por elle encontrados ao exame do sangue dos animaes de estudo. Tambem nos mesmos ratos, elle não teve occasião de verificar o quadro sanguineo de uma anemia marcada.

As tentativas feitas por meio de cultura foram tambem infructiferas para evidenciar qualquer outro agente infeccioso e a morte dos animaes que se realisou num periodo de tempo mais ou menos longo foi attribuida á deficiencia do S.R.E., que nos ratos diz Fiorio, ser concentrado em grande parte no baço.

Estas observações de Fiorio nos parecem dignas de attenção porque, como veremos em outra parte deste trabalho, ellas nos collocarão em condições de melhor discutir e interpretar os resultados por nós obtidos em ratos esplenectomizados.

Queremos entretanto chamar a attenção para o flagrante conflicto existente nas conclusões acima expostas. Com effeito, segundo o modo de ver dos autores a esplenectomia no rato é seguida de consequencias oppostas. Assim, segundo consideram uns, a suppressão do baço pode ser responsavel pelo apparecimento de um estado toxi-infeccioso que estimula o S. R. E. e essa repercussão se faz no sentido

de uma hyperplasia do S.R.E. como revelada, entre as manifestações hematológicas, pela presença das células endotheliaes originadas naquella systema.

De outro lado, segundo outros autores, a esplenectomia acarreta, dentro de prazo variavel a morte dos ratos por uma deficiência do mesmo S.R.E. concentrado em sua maior parte no orgam extirpado, sem que os animaes apresentem em vida marcadas alterações hematológicas e na ausencia de um factor infeccioso que as pesquisas bacteriologicas não conseguem isolar.

Por ora apenas assignalamos estes factos contradictorios pois elles serão devidamente commentados na parte referente ás nossas pesquisas pessoasas sobre o assumpto.

Todas estas pesquisas até aqui referidas da influencia que a esplenectomia exerce sobre o quadro sanguineo e em particular sobre o quadro leucocytaire dos differentes animaes suscitaram considerações a proposito da acção inhibitoria ou reguladora do baço sobre a medulla ossea. De outro lado tambem em face de certos casos aqui relatados (bartonellose) se discutiu o papel do baço na immundade e o effeito que a suppressão daquella orgam representa na bacteremia. Considerações desta ordem não têm cabimento neste trabalho. No que toca entretanto á eosinophilia post-esplenectomia estas pesquisas não fizeram então mais que evidenciar uma vez ainda a hypothese de Maryr e Moncorps segundo a qual com a suppressão do baço seria afastada a influencia frenadora que este orgam exerceria por uma substancia activa cuja natureza exacta não se sabe qual seja (cholina combinada?) sobre a medulla ossea de onde se originam os eosinophilos.

Antes de terminarmos esta exposição sobre a eosinophilia estudada *in vivo* resta-nos por ultimo considerar que tambem a uma alteração do metabolismo respiratorio geral ou local se procurou attribuir uma reacção eosinophila sanguinea ou textural com fixação electiva dos eosinophilos nos tecidos mais attingidos pela asphyxia (Pescatori); tal reacção, quando fosse de grau intenso e correspondesse a um estado asphyxico geral e se fizesse acompanhar pelo apparecimento na circulação de formas immaturas da seria branca e vermelha, poderia ser interpretada como o resultado de um estimulo á acção hemato-poietica, com toda probabilidade, desenvolvido pelo estado asphyxico sobre a medulla ossea (Pescatori). Para Pescatori a hypothese que procura explicar certas eosinophilias sanguineas e histologicas por uma acção electiva sobre a medulla ossea exercida por phenomenos asphyxicos teria a seu favor a prova dos factos experimentaes. Elle fez varias experiencias neste sentido. Em uma primeira serie de investigações Pescatori procedia a uma compressão de certas zonas da pelle por meio de um laço e examinava a formula leucocytaire do sangue da pelle assim anemiada, verificando uma eosinophilia sanguinea de valor variavel algum tempo depois do restabelecimento normal da circulação local. Numa segunda serie de pesquisas o citado autor,

por meio de injeções intratracheaes de liquidos (oleo, agua, ether, alcool, etc.) em animaes (cobaia e coelhos), provocava o apparecimento de espasmos bronchicos comparaveis áquelles determinados por corpos extranhos, realisando assim um estado asphyxico geral.

Tanto o exame hematologico como o estudo histologico dos pulmões dos animaes de experiencias puzeram em destaque uma forte reacção eosinophila na primeira hora após as injeções.

Pescatori, em vista destes resultados, aproxima a eosinophila da asthma daquella subordinada ao espasmo bronchico de defesa contra a introdução de corpos extranhos, considerando-a tanto num caso como no outro, como o resultado do espasmo bronchico e consequente anemia das paredes bronchicas que em ambos os estados são presentes. Este seu modo de vêr se fundamenta nos seguintes factos: na reconhecida frequencia da infiltração eosinophila nas paredes bronchicas dos asthmaticos; na existencia de uma infiltração de eosinophilos com a mesma séde nos animaes submettidos a injeções intratracheaes; na frequente verificação nos orgams sujeitos a uma longa compressão por tumores malignos de uma eosinophila proporcional ao grau de anemia soffrido pelos proprios tecidos comprimidos. Além disso Pescatori julga poder interpretar tambem como asphyxias as eosinophilias que surgem no envenenamento pelo *Co*, e aquellas dos accidentes anaphylaticos em geral.

Em outra contribuição ao assumpto pretendeu incluir a eosinophila post-pneumothorax entre as eosinophilias que reconheceriam por base pathogenetica os phenomenos asphyxicos. Segundo sua concepção, a infiltração eosinophila das paredes bronchicas, que se observaria nos pulmões submettidos a repetidos collapsos, seria a expressão morphologica do espasmo bronchico determinado pela introdução de ar na cavidade pleural, espasmo bronchico, que aliás, os factos encontrados na physiopathologia procurariam confirmar.

Já demos em linhas acima os caracteristicos principaes da eosinophila post-pnx. Enunciamos tambem as theorias que procuram esclarecer o mecanismo de acção da collapso-therapia na tuberculose pulmonar.

A theoria mecanica por si só é insufficiente para explicar os effeitos curativas do pneumothorax na tuberculose. Contra ella surge logo a objecção dos resultados favoraveis exercidos tambem, nos casos de lesões bilateraes, sobre as lesões do pulmão opposto áquelle em collapso. O mesmo se diga das lesões tuberculosas a distancia (intestino, articulações) beneficiadas pelo pneumothorax. Segundo a theoria circulatoria as estases sanguinea e lymphatica impediriam a passagem de productos toxicos derivados do foco tuberculoso na torrente circulatoria e permittiriam, pelo contrario, que as toxinas permanecessem durante muito tempo com o tecido pulmonar. Graças a este contacto estas toxinas acabavam, após soffrerem modificações de sua composição chimica, por perder suas actividades e capacidades

necrotisantes e, em consequência disto, teria lugar a proliferação do tecido conjunctivo pulmonar.

Contra a theoria circulatoria se levanta, quanto á acção curativa do pnx, o facto de se observar nas lesões tuberculosas do pulmão opposto aquelle em colapso, ainda que de menor grau, a mesma proliferação do tecido conjunctivo pulmonar e a mesma tendencia para a esclerose que aquella evidenciada pelo pulmão tratado. De accordo com a theoria humoral ou immunitaria, a collapsotherapie, ao contrario da theoria circulatoria, promoveria como que uma autovacinothérapie realisada pelo ingresso, lento e gradual, na circulação dos productos toxicos tuberculosos sob a acção do colapso e que pouco a pouco seriam reabsorvidos.

Estas reacções immunitarias seriam testemunhadas pelo augmento do poder agglutinante e precipitante do serum (Courmont e Bruns), pelas variações do indice opsonico interpretadas como reacções vaccinaes (Carpi, Castelli e Belli) além do que contribuiriam para explicar a cura das lesões especificas contro-lateraes e extra-pulmonares (Carpi).

Chini em suas pesquisas experimentaes segue a interpretação de Tendeloo segundo a qual, no complexo mecanismo physiopathologico de acção do pneumothorax artificial, conjugam-se os diversos factores de ordem mecanica, circulatoria e humoral, além de outros desconhecidos.

Dentro da complexidade do mecanismo de acção biologica do pnx artificial a eosinophilia sanguinea seria a expressão de phenomenos immunitarios e allergicos, enquadrando-se o seu significado entre as reacções especificas defensivas despertadas no organismo contra a infecção tuberculosa.

Entretanto a eosinophilia, pondera Pescatori, apparece precocemente e por consequencia não deve ser filiada ás modificações geraes, ás reacções immunitarias, só mais tarde alcançadas pela collapsotherapie. De outro lado existe tambem o facto da eosinophilia sanguinea após a installação de um pneumothorax traumatico, na ausencia de lesões pulmonares tuberculosas. Em vista destas objecções, Pescatori attribue a eosinophilia post-pneumothorax a uma alteração do metabolismo respiratorio, sendo assim resultado de um estado asphyxico que seus estudos anteriores haviam mostrado ser capaz, por um estimulo sobre a medulla ossea, de determinar uma eosinophilia nos tecidos e no sangue circulante.

De accordo com isto estaria o facto desta eosinophilia apparecer immediatamente apenas em colapso o pulmão e desaparecer gradativamente á medida que se estabelece a função vicariante do pulmão opposto se reabsorve o gaz injectado na cavidade pleural. Pescatori fez experiencias em ratos albinos procurando ter no campo experimental factos a favor de sua hypothese, visando principalmente se tambem em organismos normaes intervinhão alterações leucocytarias

em consequencia á pratica do pneumothorax e se estas estavam em relação com aquellas sobrevividas nos tuberculosos pulmonares. Reconhecendo como constante a formula leucocytaria dos ratos, facto aliás a nosso ver muito duvidoso, Pescatori, procedia a insuflação de ar na cavidade pleural dos mesmos animaes, repetindo a operação diariamente ou com intervallos de tres dias entre cada insuflação. Nos animaes em que insuflava diariamente a quantidade de ar correspondia a 8 cms³ enquanto nos que insuflava de tres em tres dias esta quantidade era igual a 6cm.³ No exame do sangue dos animaes de experiencia praticado de duas em duas horas após cada insuflação pleural, Pescatori observou um augmento do numero percentual de eosinophilos, augmento este que apparecia logo depois da primeira insuflação e era sempre mais nitido 8 horas após da insuflação. Na 10.^a hora a taxa de eosinophilos se mantinha mais ou menos na mesma revelada pelo exame anterior para depois começar a diminuir.

Além da inversão da formula leucocytaria (predominancia da neutrophilia sobre a lymphocytose normal) a mais evidente alteração do quadro hematologico observado no rato nas experiencias de Pescatori foi a monocytose, que, guardadas as proporções numericas dos dois elementos, era muito mais importante que a eosinophilia.

O exame microscopico dos pulmões dos mesmos animaes revelou, além de uma intensa reacção histiocytaria das paredes bronchicas e do tecido conjunctivo peribronchico, a presença de uma infiltração eosinophila, cujo grau de intensidade era muito variavel mas que só foi observada no pulmão em collapsio.

O facto de não terem outros pesquisadores (Chini) obtido nenhuma eosinophilia sanguinea após a pratica do pneumothorax em animaes de especies diferentes (coelhos) é attribuido por Pescatori á insufficiente quantidade de ar injectado, á pratica do exame do sangue somente em tempo em que a reacção eosinophila não se apresenta claramente e ainda em razão de se terem utilizado de animaes cuja formula leucocytaria oscilla muito sensivelmente e mesmo sem uma causa para isto. Aliás quanto á ultima observação feita por Pescatori parece-nos que a curva leucocytaria dos animaes de que elle se serviu em suas pesquisas não está ao abrigo da mesma critica. Como veremos na parte final do nosso trabalho, as oscillações verificadas por Pescatori para os eosinophilos podem ser encontradas sem que se altere o modo de vida dos ratos e não sejam sujeitados a menor operação senão a retirada quotidiana de sangue para o exame da formula leucocytaria.

Isto é tanto mais digno de nota porque Pescatori não computou os valores absolutos dos eosinophilos sem o que no rato não se pode falar seguramente de uma eosinophilia. Segundo Pescatori, entretanto, de accordo com sua hypothese de trabalho, a eosinophilia post-pnx seria devida ao phenomeno asphyxico momentaneo creado pela insuflação pleural com repercussão electiva sobre a medulla os-

sea, e esta reagiria pondo na torrente circulatoria os eosinophilos que iriam tambem se aninhar no ponto donde partiu o estimulo e onde se processou a asphyxia.

Em synthese observar-se-ia em consequencia do pneumothorax o espasmo bronchico; este acarretaria a histoeosinophilia, e o estado asphyxico e este por sua vez seria responsavel pela eosinophilia sanguinea.

A natural instabilidade da formula leucocytaria, maximé dos eosinophilos nos ratos, e a negatividade das pesquisas sobre a eosinophilia em outros animaes submettidos á acção do pneumothorax (Chini, Ponticacaccia) são objecções á acceitação exclusiva e cabal da hypothese de Pescatori, de resto muito suggestiva, mas que não annulla completamente a affirmação de Chini segundo a qual: "é provavel que no organismo humano intervenham factores que não existem nos animaes submettidos a estas experiencias".

* * *

As granulações eosinophilas foram consideradas quanto á sua natureza chimica como sendo constituídas: de gottas de gordura (Mosler); de lipóides (Pappenhein, Müller); de substancias proteicas (Weiss); como formadas de ferro (Barker, Przewowski, Petry); de glycogenio (Arnold, Berka, Biffi); de um complexo lipoproteico e provavelmente tambem metalico (Fiessinger) e finalmente como sendo de natureza hemoglobinica de origem endogena ou exogena. Entre os adeptos da ultima hypothese figuram Semmer, Klein, Fuchs, Zietschmann, Pouchet, Stschastnki e se destaca entre outros Weindenreich. Segundo a opinião deste ultimo as granulações eosinophilas outra cousa não seriam senão a hemoglobina phagocytada por certos leucocytes em consequencia da destruição dos erythrocytos.

Logo depois de phagocytado o erythrocyto, haveria uma transformação immediata em granulações eosinophilas. Foram multiplas e das mais variadas ordens as objecções formuladas contra a natureza hemoglobinica das granulações eosinophilas de tal sorte que a hypothese de Weindenreich tambem não resistindo a argumentação oriunda de numerosos factos observados (Ehrlich, Pappenhein, Kammerer e E. Mayer, Weinberg e Seguin, Drzewina, Cattaneo) foi recusada pela grande maioria dos autores.

Não tivesse mais recentemente Liebreich voltado a defender a natureza hemoglobinica das granulações eosinophilas pela phagocytose de hematias sobre um novo e particular aspecto conferido ao assumpto por suas pesquisas e não teriamos necessidade de abordar esta face da questão da eosinophilia.

A isto entretanto somos levados pelo facto de ter Liebreich em suas pesquisas procurado realizar o que elle chamou de eosinophilia *in vitro*.

Então a eosinophilia foi também estudada *in vitro*. Por uma tecnica especial de coagulação, Liebreich conseguiu *in vitro* formar eosinophilos. Liebreich primeiramente distingue duas especies de granulações eosinophilas: a granulação α que dá á cellula o seu cunho caracteristico, acidophila e soluvel no acido acetico e a granulação β basophila e insolavel no mesmo acido. Com isto elle procura rebater a objecção feita contra a hypothese de Weidenreich, objecção que se assenta na insolubilidade das granulações eosinophilas e na solubilidadade da hemoglobina quando ambas são tratadas pelo acido acetico. Segundo Liebreich, os autores tomaram uma especie de granulação por outra.

Aliás a granulação β de Liebreich deve ser identificada segundo Ferrata com as granulações descoradas já descriptas nos eosinophilos por outros autores (Arnold, Hesse, Weidenreich, Naegeli).

Em seguida Liebreich estuda a phagocytose de hematias e em particular a autoerythrophagocytose, accentuando a possibilidade de as produzir *in vitro* e argumentado a favor da hypothese de Weidenreich. Uma das questões mais interessantes posta em evidencia por Liebreich é a obtenção de uma eosinophilia *in vitro* phenomeno para elle comparavel a uma eosinophilia local no interior do organismo. Ainda, segundo o mesmo autor, as granulações eosinophilas são crystalloides e são constituidas por substancia identica aquella dos cristaes de Charcot-Leyden e que Liebreich denomina substancia α .

E' pela crystalisação instantanea e completa desta substancia que uma cellula torna-se eosinophilo no sentido morphologico da palavra. A mesma substancia α toma parte na formação da fibrina, o que segundo Liebreich põe em evidenica também as relações entre a eosinophilia e a fibrinogenese ou o que vem a ser o mesmo, e a coagulação do sangue. Esta ultima seria devida a substancias secretadas abundantemente pelos leucocytos após a extravasação do sangue do interior dos vasos sanguineos. Entre as substancias que acarretariam a coagulação uma seria crystalisavel e esta seria justamente a mesma substancia α .

De accordo com estas conclusões de Liebreich "precisamente a coagulação do sangue permitiria comprehender mais naturalmente como uma "eosinophilia" poderia se produzir *in vitro*, mesmo se se tratasse da transformação em "eosinophilos" de cellulas que não o eram antes das experiencias".

Não fizemos mais que citar as principaes conclusões contidas no livro de Liebreich "Le sang in vitro" no qual seu autor ao lado da riqueza de detalhes technicos procurou fixar com exhuberancia de documentações bibliographicas, as opiniões em favor da hypothese por elle desenvolvida.

As experiencias de Liebreich visando a produção de eosinophilos *in vitro* foram repetidas por numerosos pesquisadores. Segundo nos communicou verbalmente o Dr. José Oría, as tentativas por elle

realizadas no Laboratorio de Histologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo foram coroadas de completo exito.

Contrariamente as affirmações de Liebreich outros autores entre os quaes Hirschfeld e Hittmair não conseguiram reproduzir o phenomeno de Liebreich senão se utilisando de um sangue rico em eosinophilos ou pelo menos possuindo uma taxa normal das mesmas cellulas. Nunca verificaram a eosinophilia *in vitro* nas amostras de sangue em que os eosinophilos eram ausentes ou orçavam por uma taxa insignificante. Hirschfeld e Hittmair consideram por isso o phenomeno da eosinophilia *in vitro* como o resultado de um amontoamento mecanico dos eosinophilos e excluem a possibilidade de uma transformação dos neutrophilos em eosinophilos. A hypothese de Liebreich sobre a formação de eosinophilos *in vitro*, como fizeram notar Hirschfeld e Hittmair, affecta a genese dos eosinophilos que se sabe alicerçada no conhecimento, na observação, na existencia e individualisação de suas cellulas ancestraes. Tambem com a mesma hypothese não condiz o comportamento muitas vezes antogonico entre os eosinophilos como acontece principalmente no decurso das molestias infecciosas. Interpretação analoga já havia sido emprestada ao phenomeno de Liebreich por Neumann e Zimonjic para quem os diversos typos de leucocyts se repartem em camadas sucessivas, a eosinophilia *in vitro* de Liebreich não sendo mais que um phenomeno de estratificação. Ao lado de zonas onde os eosinophilos são abundantes outras existem em que são escassas as mesmas cellulas.

Segundo elles tambem não é necessario invocar a formação de eosinophilos a custa de outras cellulas asseverando nunca ter encontrado por exemplo formas de passagens entre os neutrophilos e os eosinophilos que deveriam ser formados *in vitro*. Elles, como confirmaram depois as observações de Hirschfeld e Hittmair, não encontraram, por sua vez, nos sangues desprovidos de eosinophilos o phenomeno estudado por Liebreich.

Mayr e Moncorps repetiram tambem as experiencias de Liebreich modificando ligeiramente a technica original daquelle autor e concluíram que não ha nenhuma relação entre o numero dos cristaes de Charcot-Leyden achados e o dos eosinophilos. Quanto ás observações de Liebreich sobre a eosinophilia *in vitro* Mayr e Moncorps admittem que os eosinophilos estavam preformados no sangue e o que Liebreich obteve não foi uma riqueza no sentido de uma maior producção de eosinophilos sob as condições de technica empregadas mas sim mero accumulo de eosinophilos.

Tanto é assim que o numero de eosinophilos obtidos é proporcional ao theor de eosinophilos preexistentes no sangue, sendo a experiencia negativa quando ha aneosinophilia sanguinea. Mayr e Moncorps consideram a technica de Liebreich apenas como uma prova de enriquecimento de eosinophilos vivos. Segundo elles a technica de Liebreich, e é uma de suas vantagens, permittiria outrosim que se observasse a sahida das granulações eosinophilas pela ruptura da

membrana de envoltório dos eosinophilos, phenomeno que se sabia existir mas que só se apreciava depois que elle se tinha realisado ou só se verificava após sua realisação.

Pelo phenomeno de expulsão das granulações eosinophilas consequente a ruptura das mesmas cellulas poder-se-ia explicar pelo menos parcialmente, segundo Mayr e Moncorps a hypoeosinophilia ou aneosinophilia que se observa, com algumas excepções já conhecidas, no acme das molestias infecciosas febris.

Cattaneo de seu lado procurou demonstrar que não existe relações evidentes entre a destruição dos erythrocytos e a formação de cellulas eosinophilas, em vista do que pode excluir a origem hemoglobínica dos granulos eosinophilos.

Para isso elle introduzia no tecido subcutaneo de coelhos pequenos tubos de celloidina contendo globulos vermelhos recentemente obtidos de animais da mesma especie ou de especies differentes. Observou então que no fim da primeira hora após a introdução do corpo extranho que macrophagos verdadeiros inglobavam os erythrocytos os quaes eram destruidos e transformados em granulos amarelo escuro.

Ao lado destes phagocyots appareciam mais tardiamente, as primeiras cellulas eosinophilas com os seus granulos caracteristicos bem constituídos, de tamanho constante, apresentando-se corados com um tom uniforme diverso daquelle dos residuos dos erythrocytos sem que pudesse encontrar nenhuma forma de passagem entre os dois grupos dos elementos, que além do mais seriam separados pelas dimensões, aspecto do protoplasma, forma do nucleo, caracter dos granulos.

De accordo por conseguinte com a opinião de numerosos pesquisadores entre as quaes sobresaem aquellas citadas as experiencias de Liebreich não trouxeram nenhuma idéa nova sobre a genese dos eosinophilos e não abalam a opinião de Ferrata que considera as granulações eosinophilas de igual forma como as dos outros granulocyots, neutrophilos e basophilos, como constitutivos essenciaes do protoplasma ainda basophilo do myeloblasta, especificidade das granulações leucocytarias que é aliás admittida pelos hematologistas classicos.

Pode-se portanto repetir com Jimenez de Asúa que "os estudos modernos sobre a eosinophilia obrigam a repellir as hypotheses mencionadas (origem phagocytaria) e considerar os leucocyots eosinophilos como uma especie cellular independente e as suas granulações como uma elaboração do protoplasma essencial e permanente, especifica por natureza e funções".

Consideraremos agora, em synthese, a origem dos eosinophilos em face das theorias local, medullar e mixta. A theoria medullar, myelogená, hematogená ou migratoria conta com grande numero de adeptos entre os quaes pode-se citar; Ehrlich, Audibert, Levaditi, Nægeli, Opie, Kappis, Rossi, Schlecht e Schwenker, Weinberg e Seguin,

Fischer, Capellini, Sorour, Franceschini, Homma, Morawtz, Mayr e Moncorps, Leinati e muitos outros.

Segundo os adpetos da theoria myeloide todas as cellulas, tanto na eosinophilia local como na sanguinea, provêm da medulla ossea. Sob o estimulo de substancias eosinotacticas, os eosinophilos migram através os vasos sanguineos e vão se localisar no ponto de onde partiu a excitação e em sua visinhança. A eosinophilia sanguinea é testemunha da solicitude com que a medulla ossea attende á acção chimiotaxica, retrata uma maior producção dos elementos que nella têm origem e evidencia tambem o esforço que a medulla ossea faz para restabelecer o desfalque dado pela fuga dos eosinophilos do sangue circulante.

A presença de myelocytos eosinophilos no sangue circulante exprime ainda a actividade medullar que, para satisfazer ás solicitações que vêm dos pontos de excitação eosinotactica, põe na circulação formas immaturas de eosinophilos. A hypergenese medullar, maximé no sentido de uma maior producção de eosinophilos, nos casos de eosinophilia sanguinea ou local, ou sanguinea e local ao mesmo tempo, corrobora em favor da origem medullar dos eosinophilos.

Segundo os defensores desta opinião, as formas mononucleares de eosinophilos observados *in situ* são, para uns, os proprios myelocytos do sangue que migraram tambem através os vasos sanguineos e vão contribuir para a formação da histoeosinophilia ou são, segundo querem outros autores, e estes em maior numero, formas alteradas, degeneradas dos proprios elementos polymorphonucleares atrahidos para o fóco de excitação.

Entretanto, quer para um como para outro grupo dos que acceitam a origem medullar como unica na genese dos eosinophilos, estas formas mononucleares não são formas jovens de eosinophilos originados *in situ*.

Portanto, segundo a theoria myelogenica a eosinophilia sanguinea é que alimenta a eosinophilia local e esta não pode ser provocada quando aquella não existe (Weinberg e Seguin).

A extensão do assumpto não permite que se exponha com detalhes os factos e fundamentos a favor da origem medullar dos eosinophilos nem se analyse a proposito da eosinophilia local os factores que condicionam e apoiam a sua constituição por elementos de origem medullar.

Entre as eosinophilias locais, a pleural foi a que deu motivo a uma enorme serie de publicações a que se discutisse a origem *in situ* dos eosinophilos. Sem entrar nas discussões travadas em torno da origem local ou medullar dos eosinophilos lembramos que o apparecimento destes elementos na eosinophilia pleural foi explicado como o resultado da acção chimiotaxica positiva exercida por productos de desintegração proteica do exsudato (Capellini).

A verificação de eosinophilias locais levou certos autores a admitir fossem as células eosinófilas formadas nos tecidos ou órgãos onde ellas se accumulavam chegando mesmo alguns autores a defender o ponto de vista segundo o qual seria mesmo o ingresso no sangue circulante dos eosinófilos formados *in loco* a causa da eosinophilemia muitas vezes concomitante.

Não nos deteremos entretanto nas idéas expostas segundo as quaes os eosinófilos poderiam se originar das plaquetas sanguíneas (Normet), das "plasmazellen" (Howard, Downey) ou, como quizeram considerar mais recentemente, em 1928, Pavel e Brancovici, dos monocytos (englobando segundo os autores os antigos mononucleares e as células endotheliaes).

Não se discute mais, nos domínios da theoria local, a formação *in situ* de eosinófilos por transformação de formas leucocytarias do sangue ou seja a custa dos lymphocytos (Dominici), dos mononucleares (Widal e Faure Beaulieu) nem dos neutrophilos (Mosny e seus collaboradores, P. J. Menard e outros). Também, como vimos, não é mais admittida a origem phagocytaria dos eosinófilos pela phagocytose exercida por leucocytos de outras espécies de hemoglobina ou outras substancias acidophilas.

No estado actual da questão, a theoria histiogenica dos eosinófilos procura justificar a possibilidade da origem daquelles elementos das células histioides preexistentes nos tecidos.

Por esta possibilidade opinam Ferrata e sua escola para quem os leucocytos eosinófilos do tecido conjunctivo normal, de constancia, riqueza, localisação, disposição ou arranjo variaveis no homem e nos animaes, são de origem hemohistioblastica. D'ahi a possibilidade também da genese local, histioide dos eosinófilos, por estímulos apropriados, do hemohistioblasta, célula mesenchymatosa embryonaria polyvalente, capaz de se differenciar como indica seu nome, em certas condições pathologicas, tanto nos outros elementos fixos e moveis do tecido conjunctivo, como, orientando-se no sentido hemocytoblastico (sanguiformador) pode dar origem ás células do sangue, leucocytos e erythrocytos.

Segundo a theoria mixta ou combinada os eosinófilos teriam uma origem medular propria e principal e uma origem histiogenica secundaria.

De accordo com a tendencia actual dos autores que têm tratado do assumpto, parece ser a ultima eventualidade excepcional e deva ser admittida pelo menos theoricamente até que factos positivos, até agora não encontrados, possam excluir a origem dos eosinófilos a custa das células do tecido conjunctivo, hematopoieticas em estado potencial (sensu Ferrata) ou seja uma multiplicação dos eosinófilos preexistentes nos tecidos. Assim é que a genese local dos eosinófilos das células histioides preexistentes nos tecidos é defendida por autores modernos como se depreheende do trabalho recente de Migliavacca.

Entre as funções geraes dos leucocyts os eosinophilos possuem: a chimiotaxica, como foi sufficientemente exposta até aqui; a phagocytaria, (Mesnil, Weinberg e Seguin) comquanto muito menos intensa que a dos neutrophilos (Nattan Larrier e Parvu); a antitoxica, como puzeram em destaque as experiencias realizadas por Weinberg e Seguin estudando quer *in vivo* quer *in vitro* a acção dos eosinophilos sobre o liquido hydatico; elles gosam ainda, como lhes tem sido desconhecido, de diversas acções fermentativas (fermentos proteolyticos, oxydases e peroxydases). Segundo as pesquisas de Jimenes Asúa, o fermento proteolytico encerrado pelos eosinophilos é especifico, visto sua acção só se manifestar sobre a especie de albumina que produziu a eosinophilia.

Graças a estas funcções os eosinophilos desempenham papel defensivo importante no organismo maximé no sentido de tornar inocuas as albuminas extranhas assim como os productos de desintegração dos albuminoides.

O papel dos eosinophilos em biologia ainda permanece entre-tanto em muitos pontos obscuro e mysterioso.

Si se possui grande somma de conhecimentos acerca das condições que motivam a mobilisação dos eosinophilos como manifestação de reacções biologicas do organismo, ainda não se conseguiu, de outro lado unir todos os élos da cadeia de phenomenos que envolve o problema da eosinophilia sanguinea.

E' que a solução do problema da eosinophilia sanguinea depende da resolução de diversas questões a ella directamente ligadas faltando ainda o conhecimento exacto das connexões entre os differentes phenomenos que permitta reduzil-os todos a um mecanismo biologico unico.

Vemos com effeito que: helminthiases e eosinophilia, eosinophilia e anaphylaxia, allergia e phenomenos de hypersensibilidade (ahi comprehendidas as relações entre eosinophilia e albuminas extranhas), helminthiases e allergia ou hypersensibilidade; anaphylaxia e esplenectomia, esplenectomia e eosinophilia; eosinophilia e typo constitucional (vagotonismo, diatheses, endocrinias); vagotonia e typos constitucionaes (participação do vago na anaphylaxia, na allergia e nas endocrinias) formam élos de uma só corrente na qual se encadeiam phenomenos de complexidade extrema difficultando a solução do problema biologico dos eosinophilos talvez porque, mesmo nas suas relações de interdependencia, muitos pontos reclamem ainda um esclarecimento perfeito.

Comtudo para a maior parte dos modernos autores a eosinophilia sanguinea, salvo aquella decorrente dos processos leucemicos, é considerada como expressão de allergia, comprehendido este termo no seu mais amplo significado, e esta como o verdadeiro traço de união entre todos os estados que se acompanham daquella reacção sanguinea.

(Continua)

Av. Dr. Arnaldo, 1.

Adenocarcinoma primitivo da vesicula biliaria ()*

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio de Santa Catharina

Não é muito frequente, entre nós, a occurencia do cancer primitivo da vesicula biliaria. Trazendo a este Congresso dois casos pes-soaes, Eurico da Silva Bastos (1) não chegou a reunir em São Paulo uma vintena de observações. Accresce notar que são muito communs entre nós as operações por lithiase vesicular e que no Departamento de Anatomia Pathologica da nossa Faculdade de Medicina, onde já se fizeram mais de 8000 exames entre autopsias e biopsias, sómente foram encontrados 4 casos de tumor maligno primitivo da vesicula biliaria, o que dá uma frequencia de cerca de 0,05%. Esses dados estão em desaccordo com as estatisticas européas e norte-americanas. Com numeros fornecidos por autopsias, podemos organizar o seguinte quadro:

	N.º de cadaveres autopsiados	N.º de vesiculas cancerosas	Porcentagem
Kelynacle (2)	4,578	8	0,17
Della Valle (2)	23,665	41	0,18
Quirno (20)	5,763	17	0,29
Buday (3)	5,330	336	6,30
Redlich (3)	5,002	496	9,91
Feilchenfeld (1)	5,022	507	10,09
Bejach (3)	6,808	692	10,17
Berenscy e Wolff (3) . . .	19,908	2314	11,62

As verificações operatorias dão uma variação porcentual bastante accentuada, mas accusam numeros menos elevados do que os do quadro acima, como bem se pode ver no resumo seguinte:

(*) Contribuição ao Congresso Medico Paulista, reunido em novembro de 1933.

	N.º de vesículas cancerosas	N.º de vesículas operadas	Porcentagem
A. Bern. de Oliveira (*)	0	91	—
Benedicto Montenegro (*)	0	280	—
Del Valle e Garré (22)	1	460	0,21
Mac Carty (4)	24	4,998	0,48
Clinica Mayo (4)	89	14,978	0,59
Judd (1)	212	22,565	0,94
Judd e Gray (5)	—	—	1,40
Brandão Filho (6)	2	122	1,64
Eurico Bastos (1)	2	87	2,29
F. Smithies (20)	23	1,000	2,50
Hans Kehr (1)	—	2,100	3,00
Irmãos Mayo (7)	—	1,800	3,00
Erdmann (4)	15	224	6,70

Era natural que as cifras das verificações cirurgicas não alcançassem as cifras das verificações em cadaver. Os tumores da vesícula, como os do fígado, são, em regra, de evolução rapida e quando o doente recorre a uma clinica muita vez a molestia já ultrapassou qualquer possibilidade cirurgica.

Seja como fôr, nem os dados do Departamento de Anatomia Pathologica da nossa Faculdade de Medicina nem a impressão dos nossos clinicos e cirurgiões está de accordo com porcentagens tão altas de cancer da vesicula biliaria. Si, por um lado, não é praxe, entre nós, o exame systematico das peças extirpadas cirurgicamente, por outro lado os dados das autopsias affirmam a pouca frequencia dos tumores vesiculares e o attestado de obito por neoplasia em doentes já operados de vesicula é uma raridade em nosso meio.

Isso tudo nos faz crer que, effectivamente, existe uma disparidade de frequencia bastante accentuada entre São Paulo e os paizes europeus e norte-americanos. E' digno de registo aqui, a esse proposito, a observação já consagrada de que o cancer em geral e as suas diversas modalidades em particular são mais frequentes em certos paizes de um mesmo continente como tambem em certas zonas de um mesmo paiz. Na Europa, os povos do Norte são mais predispostos que os do sul. Na França, Niceforo e Pittard (8) estabeleceram a seguinte taxa de cancerosidade: 100 para os habitantes do sul, 104 para os habitantes do centro e 220 para os habitantes do norte. Na Italia (8), observa-se tambem uma enorme desproporção entre os habitantes do norte e os do sul: emquanto na Sardenha, na Basilicata, na Calabria e na Apulia morrem annualmente de cancer respectivamente 35, 39, 40, 41 pessoas por 100.000 habitantes, na Toscana, na Emilia, na Lombardia e na Liguria esse numero sobe respectivamente para 106, 105, 95 e 91.

(*) Informação prestada pessoalmente.

O quadro abaixo, organizado com dados referidos no Anuario Demographico de S. Paulo, XXXVI, 1929, dá uma idéa bem exacta dessa desproporção de incidencia:

CIDADES	Coefficiente de obitos por cancer sobre 100.000 habitantes, em 1929
Munich	219,86
Hamburgo	207,07
Vienna	194,23
Basiléa	180,59
Leipzig	178,78
Budapest	173,95
Bruxellas	166,80
Copenhague	160,06
Boston	159,67
Londres	154,96
Glasgow	146,43
Amesterdam	142,10
Colonia	132,22
Turim	131,48
Nova York	129,40
Lima	118,24
Philadelphia	117,94
Melbourne	109,35
Moscow	104,66
Bogotá	86,07
Detroit	78,79
Bello Horizonte	73,00
Victoria	72,84
Santiago	72,18
Florianopolis	60,00
Mexico	55,65
Porto Alegre	54,07
Curityba	51,00
São Paulo	50,03
Nictheroy	42,60
Rio	40,58
Salvador	39,09
Recife	34,27
Cairo	20,66
São Luis	20,00
Hong-Kong	14,89
Bombaim	13,16
Fortaleza	10,83
Cantão	2,63
Calcuttá	0,22

As cidades brasileiras figuram com numeros relativamente baixos, emquanto que as cidades do centro e norte da Europa e dos Estados Unidos accusam algarismos elevados. Na Asia a incidencia é muito reduzida.

Uma questão de typo anthropologico, de meio, de costumes, de clima, de alimentação ou o que seja. Si para o cancer em geral essa

é a verdade, para o da vesícula biliar deve se dar o mesmo. Na estatística do Instituto de Medicina Experimental para o Estudo e Tratamento do Cancer, de Buenos Aires (9), referente ao anno de 1929, em 1535 casos de tumores malignos, 0,1% ou apenas 2 pertenciam ás vias biliares, não se especificando si a sua localização era na vesícula. Nos dados relativos aos annos de 1928, 1927 e 1926 não figuram tumores das vias biliares. Isso parece demonstrar que também na Argentina o cancer da vesícula é occurrencia rara. No hemispherio norte, algumas estatísticas indicam uma incidencia bastante accentuada com relação ao numero total dos casos de cancer, como se pôde ver no quadro abaixo:

	Cancer da vesícula	Numero total de cancerosos	Porcentagem
Gurtl (2)	—	—	0,028
Reich (2)	48	12,848	0,37
Quirno (20)	17	986	1,72
Kaufmann (2)	—	—	5,60
Erdmann (4)	—	—	6,00
Graham (3)	—	—	8 a 10

Graham (3), que apresenta a maior porcentagem, calcula que nos Estados Unidos a incidencia do carcinoma da vesícula é de 9 por 100.000 habitantes, numero assás elevado. De resto, segundo esse autor, naquelle paiz em 1925 se registaram 9.558 e em 1926 nada menos de 9635 mortes por cancer do figado e da vesícula, num total, respectivamente, de 95,504 e 99, 833 obitos por cancer. E como acredita que a maioria dos casos rubricados como "cancer do figado e da vesícula" são primariamente da vesícula, conclue que de 8 a 10% dos casos de cancer verificados nos Estados Unidos pertencem á vesícula. E estabelece esta relação: o cancer da vesícula é cerca de tres vezes mais frequente do que o cancer do recto; é tão frequente quanto o cancer do seio; attinge os 2/3 da incidencia do cancer dos orgams genitais femininos; e alcança uma frequencia pouco abaixo da metade da frequencia do cancer do estomago.

Uma tal incidencia não se verifica, positivamente, em nosso meio. Em Buenos Aires (23), onde se fez a separação dos casos de cancer do figado dos de cancer das vias biliares, em 1931 houve 254 casos de morte por cancer do figado e apenas 20 por cancer das vias biliares. Será mais ou menos essa a relação entre nós? E 'o que cumpre verificar.

Pudemos colher directamente no Serviço Sanitario de São Paulo e no ultimo volume do seu "Annuário Demographico" (XXXVI, referente a 1929 e apparecido em 1932) os dados com que organizamos o quadro seguinte, relativo á cidade de São Paulo:

Na
e
de
r-
io
26
ue
lo
s-
r,

m

6

PERIODO	N.º TOTAL DE OBITOS	OBITOS POR CANCER	COEFFICIENTE POR 100.000 HABITANTES	OBITOS POR CANCER DO FIGADO E VESICULA	PORCENTAGEM DO CANCER DO FIGADO E VESICULA NO TOTAL DE OBITOS POR CANCER
1910-1914	38.556	907	44,95	83	9,15
1915-1919	48.501	1.381	55,03	116	8,39
1920-1924	58.740	1.756	52,81	152	8,65
1925-1929	71.367	2.464	51,51	224	9,09
1930	13.586	555	51,87	44	7,92
1931	13.633	618	57,75	61	9,87
1932	12.720	611	57,10	57	9,32

Comparando este quadro com a estatística de Graham, vemos que ha um parallelismo quanto á percentagem do cancer do figado e vesicula no total de obitos por cancer. O mesmo não se dá si quizermos estabelecer a incidencia do cancer do figado e vesicula em 100.000 habitantes. Em 1932, teriamos em S. Paulo 6,1 obitos de cancer do figado e vesicula por 100.000 habitantes; nos Estados Unidos, só para o cancer da vesicula Graham dá 9 por 100.000 habitantes. É certo que esse A. acredita que na quasi totalidade o cancer rotulado como do "figado e vesicula" é primitivamente desta; si elle tem razão em se referindo aos Estados Unidos, aqui, positivamente, não se verifica o mesmo: uma boa percentagem dos casos assim rubricados corresponde a metastase hepatica de um tumor primitivo de outro orgam e, além disso, o cancer primitivo, entre nós, é mais frequente no figado do que na vesicula. Pelo menos é o que se pode apurar dos seguintes dados fornecidos pela III Enfermaria de Homens da Santa Casa: em 6 annos por alli passaram 11 cancerosos do figado, dos quaes 3 com tumor primitivo, não se registando um só caso de cancer da vesicula. Aliás para Della Valle (24) o cancer do figado ocorre em 0,58 %, enquanto que o da vesicula em 0,18 % dos casos de cancer.

Diante desses dados, julgamos digna de algum interesse a publicação de um caso registado em nosso serviço cirurgico e cuja observação, em resumo, é a seguinte:

M. A. M., sexo feminino, 59 annos, casada, italiana, branca, residente nesta capital. Foi internada no quarto n.º 19 do Sanatorio Santa Catharina com o diagnostico de cholecystite calculosa. Estatura mediana, paniculo adiposo bastante desenvolvido, aspecto geral em boas condições. Sarampo em creança. Desenvolveu-se bem, negando ter tido outras molestias contagiosas. A cerca de 15 annos, pyelite e cystite rebeldes. Teve um aborto e 13 filhos, que nasceram bem e cresceram com saúde. Não fuma e não bebe. Paes mortos de bronchite.

A cerca de 20 annos vem soffrendo de dores no hypochondrio direito, com propagação para o hombro direito e hypochondrio esquerdo. Ao lado dessas dores, que são de fraca intensidade e de apparecimento irregular, queixa-se de ter padecido, por innumeradas vezes, de fortissimas colicas com séde de maior intensidade

no hypochondrio direito e com as mesmas propagações dolorosas acima referidas. Muitas vezes essas colicas se acompanham de nauseas e vomitos biliosos. As dores têm duração de algumas horas, passando mal o resto do dia em que ellas se manifestam, mas não tem febre. Diz que qualquer contrariedade lhe causa as dores. Certos alimentos, como leite e ovos, provocam-lhe nauseas. Funções intestinaes preguiçosas. Constantemente toma purgativos. Frequentemente tem tonturas, durante as quaes perde os sentidos. Queixa-se de nervosa, irritando-se por qualquer coisa. Nega tivesse sido accommettida por ictericia. Tem emmagrecido ligeiramente nestes ultimos tempos. A persistencia das dores, agora mais continuadas e mais intensas, fizeram que procurasse o hospital.

O palpar abdominal revela um tumor duro, ligeiramente doloroso, movel, ovoide, de limites inferiores perfeitamente nitidos, perdendo-se em cima sob o rebordo costal e de volume pouco maior que o de um ovo de gallinha. Fígado de dimensões normaes. Epigastrio ligeiramente doloroso no seu ponto central. Nada mais, digno de nota, no exame somatico.

O exame radiologico da vesicula deu o seguinte resultado: "Cholecystogramma negativo, apesar da inecção endovenosa de 3,0 grs. de tetraiodo; existencia de sombras annulares na região da vesicula, traduzindo a presença de calculos. S. Paulo, 27 de setembro de 1933. a) Dr. Cassio Villaça".

Uma tubagem duodenal, realizada pelo dr. João Sonnleithner, não forneceu bile B, apesar da excitação da vesicula pelo sulfato de magnesio; a bile C mostrou-se com os seus característicos normaes.

Assim positivado o diagnostico de cholecystite calculosa, resolvemos a intervenção, que foi feita em 3 de outubro de 1933, tendo-nos auxiliado no campo operatorio o dr. João Sonnleithner. Racheanesthesia pela Scurocaina, 3cc. da solução a 5 %, após a retirada de 15cc do liquor. Marcha da anesthesia: optimo (sem nauseas, vomitos ou tosse anestesica). Incisão de Sprengel. Aberta a cavidade, encontramos a vesicula recoberta pelo grande epiploon, que a punha em contacto com o colo transverso. As adherencias foram desfeitas facilmente, evi-



Fig. 1

Aspecto da vesicula, vendo-se o fundo livre, o tumor na altura do colo e parte media do corpo e, no cystico, um palito de phosphoro mostrando a sua permeabilidade.

denciando-se uma vesícula cheia, tensa, de paredes espessadas, cor perlacea, com a sua face peritoneal quasi toda livre, havendo na altura do colo uma tumoração que também se desenvolvia para a face hepática, onde adquiria maiores dimensões. A presença desse tumor não nos permittiu agir por via retrograda. Tivemos que descolar a vesícula do seu leito hepático, o que aliás foi realizado com relativa facilidade, após termos punccionado e esvasiado em parte a cavidade; não se verificou sangramento, mesmo na zona tumoral, onde as adherencias com o figado eram mais fortes, tanto que junto com a peça se destacou um pedaço do parenchyma. O cystico estava livre e foi facilmente isolado dos vasos, permittindo a ligadura em separado desses elementos, accrescida de um ponto de transfixão no cystico, a jusante da laqueadura. Na face superior do figado, perto do bordo anterior, havia uma area esbranquiçada, lisa, amollecida, de onde retirámos um fragmento para exame histologico. No mais, aspecto normal da glandula. Antro do estomago e primeira porção do duodeno sem lesões visiveis. A' palpação da cabeça do pancreas, nada de suspeito. Inexistencia de nodulos ou ganglios nos epiploons. Fechamento da parede por planos. Duração do acto cirurgico, 37 minutos. Post-operatorio, bom: ligeiros vomitos no 1.º e 2.º dia, levantar no 7.º dia, alta hospitalar no 9.º dia. Um mês depois da operação a doente continuava passando bem. (*)

O material retirado por punção da vesícula foi remetido ao Laboratorio de Analyses do dr. A. Rodrigues Netto, que forneceu o seguinte relatório: "Pesquisa n.º 1185: O material recebido era de cor amarello esverdeada e de aspecto turvo, com consistencia semifluida. O exame directo não mostrou germes. Havia grande quantidade de detritos organicos amorphos. A cultura em meio proprio também não forneceu germe algum, em estufa a 37.º. São Paulo, 5 de outubro de 1933. Dr. A. R. Netto".

A peça cirurgica foi entregue ao prof. Carmo Lordy, da Faculdade de Medicina, que nos fez a gentileza de examinal-a. Aberta a vesícula por sua face peritoneal, verificou-se um grande espessamento das paredes, retirando-se da sua cavidade numerosos fragmentos de calculos, polymorphos e de tamanho variado, desde o de uma lentilha até o de uma azeitona, alguns com superficie de ruptura ainda viva, outros com essa superficie já recoberta por novas deposições que faziam esmaecer o desenho de estrias polychromicas concentricas tão visivel nos primeiros. A parte do fundo da vesícula apresentava um espessamento homogeneo; na parte do colo e mais para o lado interno e o da face hepática, o espessamento se avolumava em tumoração, com dimensão maxima de cerca de 2,5cm.. Havia um calculo obstruindo a desembocadura do cystico, o qual, na parte retirada, nada apresentava de extraordinario. Internamente, a vesícula mostrava-se rugosa, não se notando as vilosidades da mucosa, que, assim, parecia inteiramente descamada. Essa rugosidade tomava maior desenvolvimento ao nivel do tumor, onde se notava uma verdadeira excrecencia para a luz vesicular. Do exame histo-pathologico, diz-nos o seguinte laudo que nos foi fornecido pelo prof. Carmo Lordy: "O exame de secções da parede da vesícula biliar, em preparações histologicas tratadas com o metho do communde coloração da hematoxilina-eosina, demonstra que a mesma parede esta intensamente infiltrada por elementos epitheliaes irregulares, sob a forma de cordões, quer grossos, quer finos, uns bem

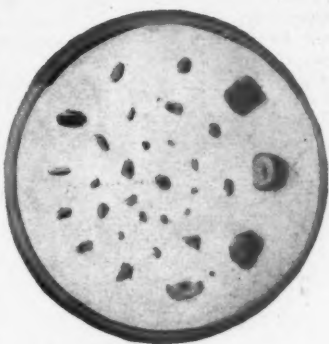


Fig. 2
Calculos fragmentados existentes na vesícula.

(*) Em dezembro de 1933, havia signaes evidentes de recidiva e a doente entrava francamente em cachexia.

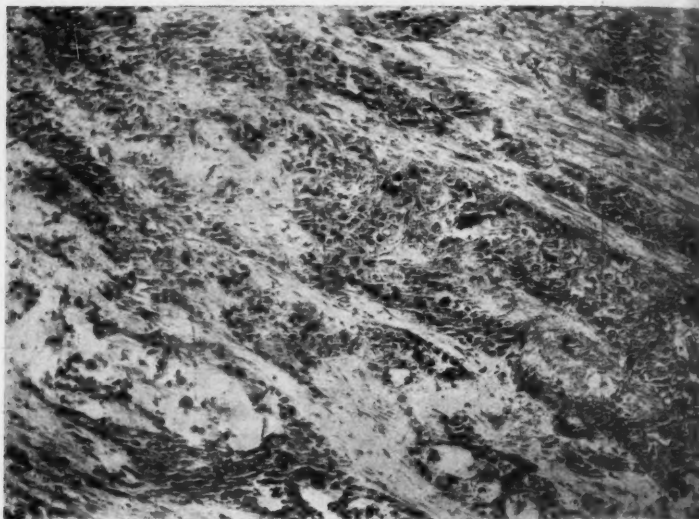


Fig. 3

Aspecto microscopico da vesicula, na parte tumoral.

conservados, outros em necrose. Em alguns pontos estão esboçadas formações adenomatosas, porém muito irregulares. Predomina a atypia celular. Ha reacção da parte do tecido conjunctivo, com tendencia a ulterior esquirro. Alem disso, observam-se signaes de uma inflamação aguda concomitante. Diagnostico: adenocarcinoma da parede da vesicula biliar. São Paulo, 26 de outubro de 1933. a) C. Lordy."

No fragmento que havíamos retirado da area esbranquiçada da superfície superior do figado, encontrou o prof. Carmo Lordy apenas uma esteatose do orgam.

Para confirmar a nossa observação directa de que nada havia de anormal no estomago e duodeno, mandámos a doente a um exame radiologico desses orgams, cujo resultado foi o seguinte: "Estomago de contornos, mobilidade, peristaltismo e exvasiamento normaes; bulbo duodenal enchendo-se bem e de aspecto normal; as demais porções do duodeno são visiveis e nada apresentam digno de nota. São Paulo, 16 de outubro de 1933. a) Dr. J. M. Cabello Campos."

A presente observação offerece-nos margem para alguns comentarios que talvez não sejam desprovidos de interesse. Salientemos alguns pontos da sua exposição.

Sexo: Tratava-se de uma pessoa do sexo feminino. E' sabido que o cancer da vesicula tem predilecção pela mulher. Os numeros abaixo dão uma uma idéa da maior frequencia na mulher:

	HOMENS	para para	MULHERES
Boyd (10)	1	para	4 ou 5
Eurico Bastos (1)	3	para	10
Judd e Baumgartner (4)	12	para	44
Siebert (4)	14	para	79



Reduzindo esses numeros a porcentagens e accrescentando a relação encontrada por outros autores, temos:

	N.º de homens em 100 casos	N.º de mulheres em 100 casos
Irmãos Mayo (7)	35	65
Pedro Moura (6)	30	70
Zenker (20)	27	73
Judd e Gray (5)	26	74
Papin (11)	25 a 20	75 a 80
Eurico Bastos (1)	23	77
Musser (20)	23	77
Judd e Baumgartner (4)	21	79
Boyd (10)	17 a 20	80 a 83
Naunyn (20)	17	83
Siebert (4)	15	85

E', pois, bastante accentuada a predominancia nas mulheres.

Edade: — "O perigo do cancer é especialmente grande nas mulheres que passaram dos 40 annos", diz Graham (3). Para Judd e Baumgartner (4), "o carcinoma da vesicula biliaria é extremamente raro antes dos 50 annos", occorrendo 47% dos casos entre os 50 e os 60 annos. Esses autores encontraram:

- 1 caso entre 35 e 40 annos.
- 1 caso entre 40 e 45 annos.
- 4 casos entre 45 e 50 annos.
- 12 casos entre 50 e 55 annos.
- 15 casos entre 55 e 60 annos.
- 13 casos entre 60 e 65 annos.
- 5 casos entre 65 e 70 annos.
- 2 casos entre 70 e 75 annos.
- 3 casos entre 75 e 80 annos.

A literatura consigna um caso de Proescher (4) aos 22 annos, em um homem. Em nossó caso, a doente estava com 59 annos, na edade, pois, da maior incidencia do cancer da vesicula. Nos casos entre nós colligidos por Eurico Bastos (1), ha um aos 29 annos.

Caracteristicos clinicos: — Em geral não se faz o diagnostico clinico de cancer primitivo da vesicula. "Elle pode simular todas as formas da cholecystite lithiasica, mesmo o empyema, e sómente a edade avançada do individuo, as dores mais continuadas, a cachexia accentuada permitem suspeitar de neoplasma" — diz Savy (12). Assim, torna-se bastante restricto o numero de casos em que o diagnostico previo pode ser posto com accerto. E' talvez por isso que, generalizando, Papin (11) affirma que nenhum signal clinico evidencia o apparecimento do tumor. Entretanto, alguns autores estabelecem caracteristicos clinicos para o desenvolvimento do cancer da vesicula. Para os irmãos Mayo (7), em regra geral, entre a phase

activa de uma lithiase e o apparecimento da neoplasia medeia um largo periodo de saúde perfeita. Salmon (13) distingue quatro formas clinicas principaes: a tumoral, a icterica (ou progressiva, como nos demais tumores que comprimem as vias biliaras, ou intermitente, devido a surtos de angiocholite), a dyspeptica e a pseudo-lithiasica (côm emmagrecimento no intervallo das crises). E accentua que o tumor tem um desenvolvimento excentrico, raramente dá metastases e acompanha-se frequentemente de infecção secundaria (empyema vesicular, angiocholite, abcesso do figado, raramente perfuração da vesicula).

Fazendo o estudo de 56 casos, Judd e Baumgartner (4) dividem os seus doentes, clinicamente, em tres grupos. — O primeiro grupo, compreendendo 70% dos doentes, tem uma historia de colicas vesiculares repetidas durante um periodo de varios annos, seguido por uma mudança de symptomas designando a phase de degeneração, cuja duração, em geral, é de 3 a 6 meses; esse estadio terminal é caracterizado por dôr constante no epigastrio e no quadrante superior direito, vomitos, profunda anorexia, fraqueza e progressiva perda de peso (de 7 a 14 kilos nos 3 a 6 meses). O segundo grupo, compreendendo cerca de 22%, apresenta symptomas de um estado vesicular pouco molesto, com intolerancia por certos alimentos, repleição gastrica post-prandial, vomito, arrotos, constipação e uma pequena sensação de dôr na area da vesicula, sem associação com fraqueza, perda de peso e anorexia. O terceiro grupo, compreendendo cerca de 9% dos doentes, não apresenta signaes de uma perturbação vesicular anterior a um estadio degenerativo terminal, no qual apparece uma inesperada crise dolorosa, seguida de perda progressiva de peso, accentuada fraqueza e anorexia. Em nosso caso, que se enquadra no 1.º grupo de Judd e Baumgartner, havia uma historia antiga de lithiase vesicular, sem ictericia, com um ligeiro emmagrecimento nos ultimos tempos e maior persistencia das dores ultimamente. Só com esses elementos não poderiamos suspeitar de uma degeneração carcinomatosa. Aliás, o tumor era relativamente pequeno e não apresentava ainda propagações que modificassem o quadro clinico e fizessem a doente entrar em cachexia. Os irmãos Mayo (7) por 7 vezes tiveram a surpresa de encontrar um inicio de cancerização em vesiculas que haviam extirpado por apresentarem perda de função e paredes engrossadas, sem indicio algum de tumor. O nosso caso já estava em uma phase muito mais adiantada, mas ainda no periodo em que "é a lithiase coexistente que exige a intervenção", como bem accentua Gosset (14), para a maioria dos casos.

Coexistencia da lithiase: —De facto, é elevada a porcentagem dos casos em que o cancer se desenvolve em uma vesicula lithiasica. O quadro seguinte nos dá uma idéa da enorme incidencia da calculose nos casos de cancer da vesicula:

Incidencia da calculose nas
vesiculas cancerizadas

Judd e Gray (5)	64,6%
Musser (3)	69 %
Futterer e Haberfeld (20)	70,0%
Boyd (10)	80 a 90 %
Papin (11)	80 a 90 %
Frerich (20)	82 %
Della Valle (24)	82 %
Courvoisier (7)	88 %
Deaver (4)	89 %
Zenker (20)	89%
Blumer (20)	90%
Fabris (24)	90 %
Savy (12)	90 %
Tiedemann (15)	92,5%
Judd e Baumgartner (4)	94 %
Siegert (7)	95 %
Moynhian (16)	95 %
Janowski (3)	100 %

Como se vê, a maioria dos autores apresenta uma porcentagem muito elevada, o que faz pensar seja a lithiase um dos principaes factores etiologicos do cancer da vesicula. Lentze (3) fez recentemente um estudo sobre a incidencia da calculose no carcinoma da vesicula, concluindo, após uma exaustiva revisão da literatura, que, praticamente, a cholelithiase é sempre primaria. Assim, ella pode ser considerada definitivamente como uma lesão precancerosa. Pensando desse modo, os irmãos Mayo (7) chamam a attenção para os seguintes pontos:

1.º — Quasi sempre se encontram calculos nos casos de carcinoma primario da vesicula biliaria e não nos secundarios;

2.º — A desproporção relativa na existencia do carcinoma e da lithiase entre o homem e a mulher é praticamente a mesma; e

3.º — As lesões pathologicas encontradas melhor se explicam pela theoria da irritação.

Em 1922, Joshiaki Kasuma (20) conseguiu provocar um cancer introduzindo pequenas pedras na vesicula de animaes de laboratorio, experiencias que foram confirmadas por Leitch (20).

Não obstante essas opiniões, Körte (17) acha que é elemento contra uma tal correlação etiologica o facto de ser a cholelithiase uma affecção muito frequente, enquanto que o carcinoma da vesicula é muito raro. E acha que "a formação dos calculos pode tambem sobrevir secundariamente em uma vesicula cancerigena, porque os productos de degeneração do carcinoma podem provocar na bile o inicio da precipitação calculosa". Essa raridade do tumor da vesicula em contraposição com a frequencia da cholelithiase de que nos fala Körte parece-nos idéa adaptavel ao nosso meio, conforme as considerações que expendemos no inicio deste trabalho; mas está em desaccordo com as estatisticas dos au-

tores americanos e europeus, sendo de notar que são justamente os allemães que accusam numeros mais elevados, como se póde ver no quadro abaixo:

	Incidencia da cancerização nos casos de cholelithias
Rolleston (3)	4,5%
Moynhian (3)	5,0%
Lentze (3)	5,1%
Quirno (20)	6,13%
Riedel (3)	7 a 8 %
Graham (3)	8,5%
Mayo Robson (3)	10,0%
E. Gioja (18)	12,5%
Sherill (3)	14,0%
Schroeder (7)	15,0%

Accresce notar que, hoje em dia, com a remoção precoce das vesículas calculosas, deve diminuir a tendencia da cancerização. Em nossa doente, as colicas datavam de 20 annos, a irritação foi persistente e intensa e o cancer sobreveio. Da intensidade da irritação fala bem alto o facto da fragmentação dos calculos. Isso se deu, sem duvida, por contracção violenta das paredes da vesicula, atirando umas pedras contra as outras. Fragmentos lanceolados ou com arestas cortantes, grandes e pequenos, cômprimindo-se com as contracções, favoreceram, sem duvida, a irritação. E' digna de registo essa fragmentação expontanea dos calculos dentro da vesicula, tão bem patenteada em nosso caso com o seu aspecto externo de estrias concentricas polychromicas, semelhando pedra de agata e lembrando as diversas camadas que se vieram superpondo á volta do nucleo central inicial. Os autores não assignalam essa possibilidade, tanto que recentemente mereceu, por isso, uma referencia especial de Antonio Bernardes de Oliveira (19).

Palpabilidade do tumor: — Em nosso caso, palpava-se facilmente um tumor com todos os caracteristicos de uma vesicula biliar. A verificação operatoria confirmou a nossa impressão de que se tratava desse diverticulo. Não era possivel a palpação do pequeno nódulo tumoral, que se achava profundamente situado. De regra, no cancer da vesicula, o que se palpa, quando ha tumor palpavel, é justamente a propria vesicula distendida. Na estatistica de Judd e Baumgartner (4), foi palpada uma massa tumoral em 55% dos casos. Teria sido a vesicula, na maioria das vezes. A palpação do proprio tumor geralmente só se dá nos casos muito avançados.

Localização do tumor: — Na maioria das vezes o tumor se inicia no fundo da vesicula. E' o que affirmam Gosset (14) e os irmãos Mayo (7). Entretanto, segundo Sutton (7), a variedade mais commum é a que consiste em uma infiltração carcinomatosa generalizada da vesicula, que forma um tumor de paredes grossas, em cujo cen-

tro existe uma cavidade que contém calculos. Em nosso caso, o tumor estava situado no colo da vesícula, localização mais rara, no dizer de Gosset (14).

Concomitancia de infecção: — Os autores fazem notar a frequência com que ocorre uma infecção associada, o que, aliás, é contraditório na cholelithiase. A despeito de o exame histológico revelar sinais de inflamação aguda, em nosso caso não foram encontrados germes no esfregaço do conteúdo vesicular, cuja cultura resultou negativa.

Natureza do tumor: — O nosso caso é de adenocarcinoma com tendência à formação de um esquirro. O adenocarcinoma é o tumor mais commum na vesícula. Em 84 casos observados na Clinica Mayo (20), havia 82 de carcinoma, 1 de epithelioma e 1 de lymphosarcoma. Em 154 casos colligidos por Ewing (20), contavam-se 140 carcinomas, dos quaes 2 colloides; 15 apresentando combinação de epithelio pavimentoso com adenocarcinoma; 5 apresentando forma papillar de adenocarcinoma; e 4 epithelioma typo pavimentoso estratificado. Bianchi (21) registou um caso de osteosarcoma da vesícula biliaria.

Longevidade post-operatoria: — Em geral, todo cancer de vesícula diagnosticado na operação recidiva dentro de um anno, segundo Papin (11). Entretanto, a intervenção precoce tem produzido algumas curas, conforme assignala Körte (17), embora os irmãos Mayo (7) também affirmem que em nenhum dos doentes em que o cancer poude ser reconhecido no acto cirurgico a sobrevida ultrapassou de um anno. Entretanto, na estatística de Judd e Baumgartner (4), que abrangeu 56 casos, 3 pacientes estavam vivos (com 15 mezes, 8 annos e 14 annos após a operação) e 8 tinham morrido depois de um anno da operação, sendo 3 delles no fim de 4 annos, 1 no fim de 7 annos e 1 no fim de 8 annos.

Caixa Postal 1.574.

CITAÇÕES

- 1 — EURICO DA SILVA BASTOS — *Carcinoma da vesícula biliaria*, comunicação ao Congresso Medico Paulista, São Paulo, novembro de 1933.
- 2 — GIOVANNI DE GAETANI — *Sui Sarcomi della cistifellea* — "Rivista Sanitaria Siciliana", Palermo, XX, 1830, 15 de dezembro de 1932.
- 3 — EVERTS A. GRAHAM — *Prevention of carcinoma of gallbladder* — "Annals of Surgery", Chicago, XCIII, 317, janeiro de 1931.
- 4 — E. STARR JUDD e CONRAD J. BAUMGARTNER — *Malignant lesions of the gallbladder* — Collected papers of the "Mayo Clinic", Saunders, Philadelphia, XXI, 147, 1929.
- 5 — E. STARR JUDD e H. K. GRAY — *Carcinoma of gallbladder and bile ducts* — "Surgery, Gynecology and Obstetrics", Chicago, LV, 308, Setembro de 1932.
- 6 — PEDRO MOURA — *Neoplasmas malignos da vesícula biliar* — "Folha Medica", Rio, XIII, 412, 15 de dezembro de 1932.

- 7 — WILLIAM MAYO e CHARLES MAYO — *Cirurgia del higado, vesicula biliar y vias biliares* — cap. L da "Keen's Cirugia", edição espanhola de Salvat, Barcelona, III, 988, 1927.
- 8 — NICEFORO e PITTARD — *Considerations sur les rapports présumés entre le cancer et la race d'après l'étude des statistiques anthropologiques et médicales de quelques pays d'Europe* — Liga das Nações, 1926 — citado em "Rassegna Clinico Scientifica", Milão, VII, 527, 15 de novembro de 1929.
- 9 — A. H. ROFFO — *Memoria Anual do Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cancer* — Buenos Aires, 1929.
- 10 — WILLIAM BOYD — *Surgical Pathology* — 2.ª edição. Saunders, Philadelphia, 415, 1929.
- 11 — F. PAPIN — *Cholécystite calculeuse et cancer de la vésicule biliaire* — "Révue Med. Chir. des Maladies du Foie", V, maio-junho de 1930, citado por Graham (5).
- 12 — P. SAVY — *Précis de Pratique Médicale* — 2.ª edição — Gaston Doin, Paris, II, 585, 1922.
- 13 — A. R. SALMON — *Cancers des canaux biliaires* — "Journal Médical Français" agosto de 1930 — citado por Faroy Baumann e Desoille em "La pathologie digestive", Le Monde Médical, Paris, XLI, 130, 1-15 de março de 1931.
- 14 — A. GOSSET — *Voies biliaires* — cap. VI do "Précis de Pathologie Chirurgicale", Masson & Cie. Paris, III, 254, 1924 (4.ª edição).
- 15 — DUPLAY, ROCHARD, DEMOULIN e STERN — *Diagnóstico quirúrgico* — edição espanhola de Salvat Editores, Barcelona, 580, 1933.
- 16 — BERKELEY MOYNIHAN — *Abdominal Operations* — Saunders, Philadelphia II, 336, 1926 — 4.ª edição.
- 17 — KÖRTE — *Traumi ed affezioni chirurgiche del fegato, della cistifellea, del pancreas e della milza* — em "Errori diagnostici e terapeutici e criteri per evitarli" — coleção Schwalbe, Chirurgia, edição italiana de Francesco Vallardi, Milão, II, 1.050, — 1932.
- 18 — E. GIOJA — *Cancer of the gallbladder* — resumo em Graham's "General Surgery, 1932", The Year Book Publishers, Chicago, 556, 1933.
- 19 — ANTONIO BERNARDES DE OLIVEIRA — *Considerações em torno da morphogenese dos calculos vesiculares* — "Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia", S. Paulo, XXVI, 238, setembro de 1933.
- 20 — NORBERTO QUIRNO, ERNESTO ROTTIER e RAMON LATIENDA — *Cáncer primitivo de la vesicula biliar* — "La Prensa Médica Argentina", Buenos Aires, XX, 1879, 30 de agosto de 1933.
- 21 — L. BIANCHI — *Su alcune forme rare di tumori umani* — "Il Policlinico", s. pratica, Roma, XL, 1.464, 11 de setembro de 1933.
- 22 — D. DEL VALLE, E. S. GARRÉ e A. MARANO — *Cáncer primitivo de la vesicula biliar*, — "La Semana Médica", Buenos Aires, XL, 522, 24 de agosto de 1933.
- 23 — A. H. ROFFO e JOSÉ A. BISI — *La mortalidad por cáncer en la ciudad de Buenos Aires en el año 1931* — Boletín del Instituto de Medicina Experimental, Buenos Aires, X, 153, março de 1933.
- 24 — GIOVANNI MARIA ROSARIO — *Ricerche cliniche ed istopatologiche su di un caso di cancro primitivo della cistifellea* — La Clinica Medica, Milano, LXIV, 1153, dezembro de 1933.

RESUMO

O A. põe em realce a relativa raridade, entre nós, dos canceres primitivos da vesicula biliaria. Mostra o contraste das verificações anatomopathologicas e clinicas feitas em nosso meio com as estatísticas européas e norte-americanas,

onde os tumores da vesícula figuram ás vezes com cifras assustadoras. Esse facto faz crer que, em verdade, o cancer em geral, e, em particular, o cancer da vesícula se distribuem differentemente nos diversos paizes, seja por uma questão de typo anthropologico, de costumes, de meio, de alimentação, de clima ou o que seja. Sendo occurencia pouco commum entre nós, pensa estar justificada a apresentação de um caso que teve oportunidade de observar. Trata-se de uma senhora de 59 annos, casada, italiana, que a 20 annos vem soffrendo de colicas com todos os caracteristicos de colicas por cholelithiase. Como ultimamente as dores fossem mais intensas e persistentes, resolveu operar-se. No acto cirurgico foi encontrado um tumor no colo de uma vesícula cheia de calculos fragmentados. O exame histopathologico revelou tratar-se de um adenocarcinoma. Além de apresentar o laudo desse exame, o A. reproduz o resultado da cholecystographia, da tubagem duodenal, do exame radiologico do estomago e duodeno, do exame bacteriologico do conteúdo vesicular, da biopsia do figado, etc., concluindo que se tratava de um tumor primitivo da vesícula.

Em seguida, tendo em vista a observação do seu caso, discute a incidencia do cancer da vesícula quanto á idade e o sexo, as suas caracteristicas clinicas, as suas relações com a cholelithiase, a possibilidade de fragmentação dos calculos e as consequencias desse facto. Trata, depois, da palpabilidade do tumor, da sua localização, da sua natureza histopathologica e termina com algumas palavras sobre a longevidade dos doentes após a operação.

ESTUDOS CIRURGICOS - *Dr. Eurico Branco Ribeiro*

Pedidos para a Caixa 1574, S. Paulo

Emetina Clin

O CHLORIDRATO DE EMETINA

preparado pelos Laboratorios CLIN, no estado cristallizado, corresponde ao sal de 7 moleculas de agua, em conformidade com as exigencias das pharmacopéas. Apresenta todas as garantias exigiveis quer sob o ponto de vista da sua pureza, quer da sua actividade therapeutica demonstrada por numerosos ensaios clinicos

1709

FORMAS :

- 1º **Tubos Esterilizados Clin de Chloridrato de Emetina**
de 1 cc. para injeções, doseados a 0 gr. 01 a 0 gr. 10 por cc. em caixas de 3, 6 e 12
- 2º **Chloridrato de Emetina Clin Cristallizado** por divisões de 0 gr. 50, 1 gr., 5 gr., 10 gr.

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^o - PARIS
SEYS & PIERRE - CAIXA POSTAL 489 - RIO DE JANEIRO

**LABORATORIO ESPECIALIZADO
DE ANALYSES**

para Líquido cephalo-rachidiano

Puncções atloido-occipitais. Lipiodól radiológico ascendente e descendente. Injeções de ar para ventriculographia. Injeções medicamentosas intra-rachidianas.



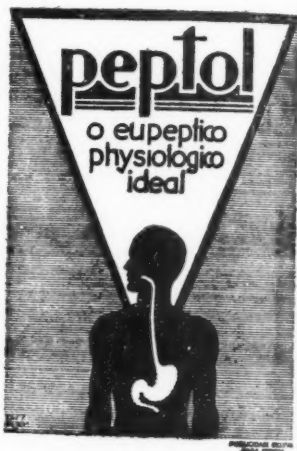
Dr. Oswaldo Lange

RUA SENADOR FEIJÓ N.º 1


5.º andar

Phone, 2-1331

SÃO PAULO



Nas complicações pulmonares postoperatorias **Cyclosol** é o remédio heroico e suficiente

 *Instituto Biotherapico Brasileiro*

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. **CLOVIS RIBEIRO VIEIRA**

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

Para amostras e literatura, os Srs. Médicos poderão se dirigir ao representante em São Paulo: **T. NEUBERN** — Telephone, 2-3898 — Caixa Postal, 1490

REUNIÕES SCIENTIFICAS

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 1 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. AYRES NETTO.

Tratamento da lithiase do ureter pela endoscopia operatoria ; considerações acerca de 4 casos de cura - DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO. — Depois de descrever os processos da cystoscopia operatoria destinados a favorecer ou promover a expulsão, pelas vias naturais, dos calculos situados no ureter, o A. descreve 4 casos em que, pela dilatação do ureter associada a outras manobras, conseguiu a expulsão dos calculos, com a cura dos pacientes. Documenta a comunicação com a apresentação de radiographias, do instrumental usado e dos calculos expellidos. Salienta ser o primeiro

a publicar, entre nós, resultados satisfatorios desse moderno methodo da therapeutica urologica.

Ictericias salvarsanicas - HAROLD SODRÉ e VASCO FERRAZ COSTA. — Apresentaram em um trabalho sobre ictericas salvarsanicas. Os autores fizeram um estudo detalhado sobre a acção do salvarsan, relatando as diversas theorias que procuram explicar a ictericia dos syphiliticos tratados por esse medicamento. Apresentaram uma documentada observação, salientando a importancia dos phenomenos allergicos e a conducta therapeutica a seguir.

SESSÃO DE 15 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. AYRES NETTO

Nova therapeutica da blastomycose (Nota previa) - DR. OSWALDO PORTUGAL. — O A., depois de se referir á inconstancia ou inefficacia dos tratamentos usados, utilizados contra a blastomycose, isolados, azul de methyleno e mercurio chromo, refere como foi levado a empregar as injeções de cyclotropina no doente que apresentou, portador

de extensas lesões da cavidade bucal, em que foi verificada a presença de blastomycetos. Debalde empregou, antes, a therapeutica classica. Alem da cyclotropina, usou tambem injeções de iodotropina, de amphotropina e de solução aquosa pura de urotropina. Chamou a attenção dos collegas para os bons effeitos da medicação no caso em apreço, cujas

SATIVAN

Abortivo e curativo da grippe.

Base: allium sativum. Cxs. de 3 amps.

INSTITUTO THERAPEUTICO "ORLANDO RANGEL"

lesões estão quasi cicatrizadas, coincidindo as melhoras locais com o reerguimento do estado geral. Referiu-se a um outro caso em inicio de tratamento, que parece tambem favoravel. Pede, pois, aos consocios, que ensaiem a therapeutica que apresentou, a ver se, realmente, é tratamento util á generalidade dos doentes de blastomycose. Discutiram a comunicação os d^{rs}. Ribeiro de Almeida e Schmidt Sarmento, que realçaram a importancia que terá no combate á blastomycose a therapeutica apresentada, caso se confirmem, em outros doentes, os bons effeitos verificados no caso presente.

Casos urológicos - DR. SOARES HUNGRIA. — Em uma doente pelo A. operada ha 4 annos, portadora de um tumor do rim esquerdo e com anuria total fôra feito o diagnostico de abcesso perinephritico.

A doente curou-se depois de uma sequencia operatoria accidentada, pois se havia formado uma fistula lombar, que durou cerca de tres mezes, não permitindo que a mesma urinasse pela urethra. Curada a fistula, o rim funcionou normalmente. Quatro annos se passaram, após a primeira operação, tornando novamente a cliente a procurar o A. Apresentava um tumor no rim direito. Apresentou todos os exames capazes de elucidar o caso. A operação mostrou tratar-se de um rim polycistico uropyonephretico, tendo sequencia operatoria boa, comprovada pelo exame de urina, antes de deixar o hospital.

O 2.º caso refere-se a um doente já nephrectonizado por pyonephrose calculosa. Adoeceu repentinamente com hematuria, não cedendo com a therapeutica. Depois de todos os recursos para elucidar o diagnostico, concluiu o A. tratar-se de uma nephrite hematuria. Resolveu operá-lo, fazendo a descapularisação do rim, sendo encontrado dois abcessos, attingindo o parenchyma renal, causadores da hematuria. Devido ás condições do doente, pois este apenas tinha um rim, não resistiu, vindo a fallecer.

O 3.º caso refere-se á tuberculose renal. Trata-se de um individuo moço. No exame de urina constatou-se bacillo de Koch. A operação foi difficultada pela ausencia de pediculo renal, o que levou o A. a deixar algumas pinças de demora para garantir a hemostasia. O doente ainda se acha em tratamento e melhorado o seu estado.

O 4.º e ultimo caso é de uropyonephrose rota no intestino, numa doente cachetica, de 73 annos, que não resistiu ao tratamento.

Todos os casos foram documentados pelos exames de laboratorios, radiologicos e dos dois primeiros o A. apresentou as peças anatomicas retiradas.

Ação pharmacologica da Fava tonka - PROF. FRANKLIN DE MOURA CAMPOS. — Esse trabalho foi elaborado com o intento de esclarecer um certo numero de perturbações vegetativas verificadas pelo A. e pelo dr. Ribeiro do Valle em 1932, quando estudaram a acción catatogenica da Fava Tonka (Coumaroma odorata, ou *Dipterix odorata* — Wild). Em relação á curva isotonica dos musculos estriados (gastrocnemios de batrachios), verifiquei augmento do tempo perdido e diminuição da amplitude. Esses effeitos foram proporcionaes á dose do liquido obtido pela maceração das sementes da Fava ou do extracto fluido de cumarina (Silva Araujo). Em relação ao trabalho muscular prolongado, ficou bem definida a sua acción depressora. Os musculos lisos da ran, estomago, duodeno e jejuno, reagiram com notavel augmento do tonus e das contracções. O cecon reagiu com queda do tonus. O intestino da cobaia soffreu intensa inibição. O musculo do papo das aves mostrou o seu tonus notavelmente augmentado.

O coração teve as suas propriedades chrono e inotropica deprimidas. Essa acción persistiu no coração atropinizado — o que prova ter a droga actuado directamente sobre o tecido muscular. Usando a technica de Fredlenburg foi registada uma notavel vaso-dilatação.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE JANEIRO

Presidente : DR. SCHMIDT SARMENTO

Sobre 2 casos de papillomas do larynge - DR. MARIO OTTONI DE REZENDE. — O A. discorre sobre 2 casos de papillomas do larynge, de evolução bastante interessante.

O primeiro foi operado e reoperado perto de 30 vezes pela laryngoscopia, directa, com a espátula de Brunings sem anesthesia.

O segundo curou-se pelo uso prolongado, da magnesia calcinada, na dose de 4 a 6 grammas diarias.

Discussão : O Dr. Horacio Paula Santos lembra a nova espátula de Hasslinger cuja technica de uso descreve, achando-a vantajosa nas intervenções como a relatada pelo Dr. Mario Ottoni. Diz que Hasslinger a emprega nas laryngoscopias directas, e como primeiro tempo das tracheo-bronchoscopias, nas crianças.

Refere-se a um caso de hyperplasia da corda vocal em um jovem, cuja biopsia revelou apenas um processo hyperplasico e cujo exito de tratamento foi total, pois a voz tornou-se normal.

O Dr. Raphael da Nova diz que em relação aos papillomas da 1.^a infancia, por sua experiencia pessoal, é inteiramente contrario á pratica de sua extirpação. Pensa que ella deve ser condemnada não só pelos effeitos que acarreta sobre o crescimento do larynge, como porque por meio della quasi nunca se consegue curar definitivamente o papilloma, sabendo-se com que frequencia a molestia recidiva nessa idade.

Em um caso em que experimentou a thyrotomia para a remoção radical de um papilloma, a doentinha veio a fallecer de broncho-pneumonia secundaria. Ultimamente teve occasião de usar a espátula de Hasslinger, instrumento de grande simplicidade e de manejo facil, acreditando que seja um progresso o seu uso, para manobras endolaryngologicas.

O Dr. Schmidt Sarmento, refere-se a 2 casos de sua clinica, um dos

quaes de evolução benigna. O outro, filho de um collega, lhe apparecera após se haver submettido a mais de 20 intervenções. Juntou toda a theapeutica commun, inclusive o arsenico local; apenas o alcool deu algum resultado. Já desanimado, fez uso da magnesia calcinada, e crê que isso tenha concorrido para a cura. Ha 9 mezes praticou a ultima intervenção retirando os restos do papilloma sob anesthesia local, com uma cureta especial. Desde então não houve mais recidivas, continuando a fazer uso da magnesia calcinada.

O Dr. Homero Cordeiro diz que acompanhou de perto os 2 casos do A. e constatou o optimo resultado conseguido pelo emprego da magnesia calcinada.

Pelo que tem observado, considera relativamente raros os casos de papilloma do larynge em S. Paulo. Além desses 2 casos do A. apenas viu um outro: uma senhora octogenaria que ha 25 annos é obrigada a extrahir periodicamente as mucosas papillomatosas que se vão accumulando no larynge e tornando difficil a respiração. Ultimamente, a seu conselho, está ella fazendo uso da magnesia calcinada.

Diz que durante os 3 annos que trabalhou na Clinica O. R. Laryngologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, primeiramente com o Prof. Hilario de Gouvêa, e depois com o Prof. J. Marinho, teve occasião de constatar varios casos de papillomas do larynge em crianças, que eram encaminhadas ao saudoso collega Dr. Castilho Marcondes, o introdutor entre nós, da technica bronco-esofagoscopica que elle praticava com grande pericia e enthusiasmo.

O Dr. Mario Ottoni (encerrando a discussão) refere-se ao emprego da magnesia cujo uso preconisa como grande elemento coadjuvante em molestia tão rebelde. Diz ser contra o

emprego dos ácidos no larynge das crianças, mesmo do ácido azótico, como o aconselha Wittmaak, por causa das synechias.

Refere-se á contra-indicação de Chevalier-Jackson, das cauterisações, e lembra que tudo que provoque irritação da mucosa faz proliferar o papilloma. Nos adultos, em que os papillomas são mais facilmente curáveis, a cauterisação tem razão de ser.

Sobre um caso de estenose cicatricial do larynge — DR. HOMERO CORDEIRO. — O A. apresenta um caso de estenose cicatricial do larynge, post-luetica, em um homem de 46 annos, casado, portuguez. O doente tivera cinco annos antes ulcerações disseminadas no larynge e pharynge, que examinadas por um collega, foram diagnosticadas de ulcerações lueticas, e que desappareceram após tratamento específico, mas desde então appareceu leve rouquidão, que foi augmentando gradualmente, até que em 1928 (3 annos após) estava quasi aphonico e notando certa difficuldade na respiração, sendo que após esforços physicos piorava consideravelmente. Como piorasse dia a dia foi a Portugal, onde consultou um especialista que diagnosticou uma neoplasia maligna. De volta a esta Capital, procurou uma de nossas Clinicas, onde lhe indicaram tracheotomia de urgencia, que foi terminantemente recusada pelo paciente.

Em 1930, Novembro, 27, o paciente procurou o A. causando impressão o seu estado: forte dyspnéa, respiração ruidosa, com tiragem e cornagem e aphonia quasi completa.

Pelo exame verifiquei o A. que o espaço glotico estava reduzido a um pequeno pertuito, um pouco maior que a cabeça de um palito de phosphoro, e em redor, massas esbranquiçadas de tecido fibroso cicatricial, pareciam ter invadido todo o larynge, mantendo presas, como que soldadas ás cordas vocaes e arithnoides. Tinha-se a impressão que as adherencias fibrosas estendiam-se sobre o espaço glotico como uma membrana havendo apenas perto da extremidade anterior aquelle pequeno orificio já citado, por onde a respiração se fazia, estridulosa. Deante de nova re-

cusa de tracheotomia, o A. após anesthesia previa, com um bisturi longo de larynge, e guiado pela espátula de Brunings ligada ao bronchoscopia, incizou a membrana fibrosa, o que fez melhorar muito a respiração. Trez dias após, iniciou a dilatação da glote, com as sondas metalicas de Killian-Brunnings rectas e ôcas, cujo calibre vão de 7 a 13 mm., dilatação essa sempre praticada através da espátula de Brunnings. No fim de 2 mezes o A. passava francamente a sonda de 10 mm., e como o paciente se sentisse fatigado (insomnias, etc.) o tratamento foi interrompido e somente recommçado 8 mezes depois, conseguindo no fim de 3 mezes passar a ultima sonda da série (13mm.).

O A. assignala que já se passaram 2 annos, e o doente continua a respirar bem, sem signal de recidiva, apenas persistindo a rouquidão.

Discussão: O Dr. Raphael da Nova felicita o A. pelo successo obtido, pois conheceu o doente, ao qual havia indicado a tracheotomia. Acredita que as melhoras do doente não sejam definitivas; em todo o caso é innegavel que os resultados obtidos possam ser considerados optimos e acredita mesmo que difficilmente encontrará o A. meio mais pratico para obter uma cura tão prolongada.

O Dr. Roberto Oliva diz ter tido um caso semelhante, de estenose cicatricial, de origem luetica, lançando mão de todos os recursos, até a tracheotomia, e o doente está na mesma. Pergunta ao A. porque prefere as sondas rectas e não as curvas que são mais commodas para o doente.

O Dr. Horacio Paula Santos, quer lembrar um caso de estenose cicatricial do larynge, do Dr. J. J. da Nova, curado pela galvano-cauterisação.

O Dr. Homero Cordeiro responde ao Dr. Oliva que tambem experimentou as sondas curvas, guiadas pela laryngoscopia indirecta, mas achou o seu emprego pouco pratico, porque o cabo dessas sondas é fino e liso, sem ponto de apoio, para uma boa pegada de modo que ao ser introduzida no larynge, ella escorrega nos dedos e torce para os lados. Para quem tem certa pratica de bronchoscopia, a introdução da sonda metalica recta é facilissima e o doente a tolera perfeitamente.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JANEIRO

Presidente : PROF. ALMEIDA PRADO.

Moléstia de Paget. Considerações sobre a osteoporose circumscripta de Schuller — Drs. CASSIO VILLAGA e PAULO DE ALMEIDA TOLEDO. — Os AA. apresentam as observações de tres casos de moléstia de Paget em individuos velhos, com fracturas pathológicas dos membros, e nos quaes o diagnostico da affecção foi feito casualmente no decorrer do exame radiológico. Em todos os casos foram encontradas lesões de partes do esqueleto não atingidos pela fractura. Fazem considerações sobre a symptomatologia clinico-radiológica e anatomo-pathológica da moléstia, com a demonstração da peça obtida em um dos casos. Discutem o problema do diagnóstico differencial com a moléstia ossea de Recklinghausen e terminam chamando a atenção para as zonas de osteoporose circumscripta, descriptas por Schuller, e que por vezes representam symptoma precoce e seguro da affecção, podendo apparecer quando ainda não existem no resto do esqueleto as alterações typicas da moléstia de Paget. Dois dos pacientes apresentavam esse signal ao lado das alterações classicas.

Discussão : O Dr. S. Hermeto Junior, 1.º) Saliencia que o inicio da moléstia de Paget nem sempre se dá por um quadro de dores reumatismas, sendo ás vezes, como em uma doente que observou, um achado fortuito de necropsia ou radiographia. 2.º) Saliencia que no quadro anatomo-pathológico o processo fundamental é uma osteite fibrosa. Mostra que, segundo o ponto de vista de Kauffmann e Stilling o periosteo não tem participação no processo. 3.º) Mostra que na moléstia de Paget podem existir, a titulo de alterações secundarias, os chamados tumores gigante-cellulares. 4.º) Saliencia, no estudo radiographico do craneo, a chamada conexo-basia de Marie e Lere. 5.º) Mostra finalmente que a moléstia de Paget está ligada a uma dysfunction das parathyroides

Nestes casos, geralmente, ha uma hypercalcemia.

O Dr. J. Ferraz Alvim diz que com o estudo feito pelo A. A., firma-se entre nós mais uma etapa no capitulo da moléstia de Paget. Um trabalho clinico interessante foi levado á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo pelo Prof. Enjolas Vampre, em 1911. Mais tarde, em 1925, nas memorias do Hospital do Juquery os Drs. Moacyr Amorim e Paulo Elegalde publicaram uma extensa e bem documentada monographia, principalmente do ponto de vista anatomo-pathológico. A presente communicação marca a terceira etapa, o estudo radiológico da affecção.

O Dr. Fernando Fonseca lembra outros elementos que podem servir para o diagnóstico differencial entre a osteite deformante de Paget e a osteite fibro-kystica de Recklinghausen. Refere-se ás concepções mais modernas sobre a etiologia e a pathologia das parathyroides : estas glandulas de secreção interna retiram continuamente do esqueleto, no estado physiológico, o calcio e o phosphoro, em quantidade equivalente áquella que se fixa pela acção da vitamina D, mantendo assim da taxa normal da calcemia e phosphoremia. Na moléstia ossea de Recklinghausen ha um adenoma secretorio das parathyroides, dopde grande descalcificação ossea e hypercalcemia mais ou menos notavel. Adenoma das parathyroides e hypercalcemia não existem na osteite de Paget.

O Dr. Paulo de Toledo diz que considera as moléstias de Paget e de Recklinghausen como duas entidades morbias diversas.

O Dr. Cassio Villaga cita a opinião de Schnoll, relativa á comparticipação do periosteo nos casos de moléstia de Paget, que não existe na de Recklinghausen.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 26 DE JANEIRO

Presidente : DR. JOSÉ MARTINS COSTA

Calculos ureteraes expulsos pelas vias naturaes — DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO. — O A. apresenta quatro observações de calculos ureteraes, cuja expulsão pelas vias naturaes foi conseguida após dilação do ureter em varias sessões. Merece especial menção o caso de um homem já operado duas vezes por outro cirurgião que não conseguiu extrahir o calculo; este foi expellido após dilatações do ureter. O trabalho é documentado pela apresentação de radiographias e ureteropyelographicas dos calculos expellidos e do instrumental empregado (sondas em oliva de Franke).

Diagnosticio do rim em ferradura — DR. PROF. LUCIANO GUALBERTO. — Começou o autor pela definição e historico, referindo diversas estatisticas modernas de diversos paizes. Em seguida, abordou a embryologia como ponto de passagem á anatomia e histologia do rim em ferradura.

Depois entrou no terreno da pathologia. A questão do diagnosticio foi

o ponto principal da conferencia; ahí o autor collocou na ordem do dia a questão, demonstrando as difficuldades do diagnosticio exaradas nas opiniões de autores modernos dos diversos paizes.

Referiu os processos da inspecção, da palpação, radiographia simples, pyelographia por via retrogada, pyelographia endovenosa, demonstrando atravez da opinião propria e de innumerous urologistas todas qualidades e defeitos de todos esses processos.

Projectou radiographias simples, pyelographia ascendente e descendente, casos de rim em ferradura, e nove casos figurados em optimas photographias coloridas; destes nove casos, oito são pesquisas do autor em autopsias do Instituto de Anatomia Pathologica da nossa Faculdade, e um diagnosticado e operado pelo autor.

Concluiu o Prof. Luciano Gualberto dizendo que "o diagnóstico do rim em ferradura ou é relativamente facil ou extremamente difficil".

SECÇÃO DE GYNECOLOGIA E OBSTETRICIA EM 29 DE JANEIRO

Presidente : DR. BENEDICTO TOLOSA

Ordem do dia. — Foram apresentados nesta sessão os seguintes trabalhos:

Appendectomias nas operações de Alquié-Alexander-Adams (Nota

previa) — DR. V. FELIX DE QUEIROZ.

Tratamento moderno do corrimento da mulher (conferencia) — DR. JOSÉ MEDINA.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. ADHERBAL TOLOSA

Reacção de Takata-Ara. Suas variedades. Seu valor diagnostico e prognostico — DR. OSWALDO LANGE. — O A. discute o diagnostico differencial entre a lues do systema nervoso central e as meningites de

causas diversas, com o emprego da reacção de Takata-Ara, dando resultados nitidos. Cita diversos paizes nos quaes a r. T. A. já é de emprego corrente, fazendo notar que no serviço do prof. E. Vampré até março

de 1933 foram feitas 800 reacções. Descreve a technica, que é facil, mesmo para os medicos praticos, criticando as diversas causas de erro na interpretação dos resultados finais. Faz notar a positividade da reacção logo após a malarioterapia. Critica a opinião dos AA. japonezes que pretendem fazer da r. T. A. um substituto da r. de Wassermann. Chama a attenção para a possibilidade de reacção positiva em outras molestias não lueticas, citando casos proprios e de outros AA.

Discussão: O Prof. E. Vampré pede a palavra; primeiramente felicita o autor pela bella contribuição de 800 observações; discorrendo, diz dever-se tirar proveitos valiosos dos estudos do communicante, pois que se observa pelo que foi ventilador que a R. T. A. acompanha sempre as reacções colloidaes em seus resultados. E' de opinião que a clinica deve sempre prevalecer ao laboratorio; porém ás vezes para elucidação de certos diagnosticos devemos nos socorrer do laboratorio. Acha as reacções do ouro e benjoim colloidaes mais fieis que a R. T. A. e deve-se preferir a R. T. A. em um só tubo por ser a mais simples.

Em seguida incita o autor estudar a reacção brasileira de bolophonia bi-chlorada.

Tratamento da choréa aguda pelo salicylato de sódio endovenoso — DR. JAMES FERRAZ ALVIM. — O autor depois de ter usado em numeros casos de choréa a therapeutica classica principalmente constituida pelos arsenicaes, anti-espasmodicos (valeriana, brometos) antipyrina e salicylato de sódio por via bucal, não tinha ainda observado nesta affecção resultados tão efficaes e rapidos quanto os que teve oportunidade de notar com o emprego do salicylato de sódio por via endovenosa.

Em um caso de choréa grave de inicio rheumatismal, depois de uma semana de emprego intravenoso de uma solução a 5% de salicylato de sódio em sôro glycosado, observou o desaparecimento dos phenomenos agudos, entre os quaes sobresahiam febre, insomnia, agitação choreica intensa

associada a leves movimentos atetoticos.

Reportando-se a 29 observações de chorea referidas por Quinquandou, Lopes Aydllo, Luciem Cornil e A. Fascioli, inclusive a que apresenta tratados pelo salicylato de sódio endovenoso, com resultado efficaes' é levado a aconselhar nesta affecção, principalmente nas formas agudas, este recente methodo therapeutico.

Deve ser usado o salicylato de sódio chimicamente puro, dissolvido em sôro glycosado na proporção de 5 a 10% afim de evitar-se acentuada esclerose das veias. A solução rigorosamente neutra, deve ser contida em ampolos de vidro tambem neutro. As doses empregadas devem ser de $\frac{1}{2}$ a 2 grammas de salicylato de sódio por dia.

O autor nunca observou phenomenos de intolerancia ou de choque no uso desta therapeutica intravenosa nos casos de Parkinson ou sequellas de encephalite, que apparecem não raramente no Serviço Neurologico da Policlinica de S. Paulo, de que é chefe.

Choréa rheumatismal. Estudo clinico-experimental e therapeutico — DR. JAMES FERRAZ ALVIM.

— Relata neste segundo trabalho a observação clinico-experimental e therapeutica de uma doente tendo apresentado uma chorea rheumatismal associada a movimentos atetoticos localizados nos membros superiores, flexão do joelho esquerdo, febre (38°, o- 39° 5), insomnia, endocardite, agitação intensa e anartria.

Em plena phase evolutiva da infecção procedeu a inoculação em animaes de laboratorio. Os resultados da hemocultura foram negativos assim como as reacções de Widal, Weil Feliz praticadas no sangue.

A phase clinica aguda acima mencionada cedeu pelo salicylato de sodio intravenoso.

No estudo do caso, chama attenção para o factor rheumatismo, cujas incidencias na chorea é notado a cada passo. Faz referencia ás investigações de Lowenstein, que com o seu methodo de cultivo do sangue, demonstrou bacillos tuberculosos na polyartrite aguda rheumatismal e no principio da choréa. Cita alguns tra-

balhos americanos que attribuem ao *Estreptococcus* cardio-artrites especificidade na choréa de Sydenham, e o seu tratamento pelo soro anti-estreptococcico. Termina falando sobre as ultimas acquisições therapeuticas feitas no dominio desta infecção, entre as quaes destaca o salicylato de sódio endovenoso, proteino-therapia, extracto thyreoides e parathyreoides, auto-hemo-therapia, phenyl-malonylurea, electrargol e sulfato de magnesio por via endo-lombar.

Discussão (de ambos os trabalhos acima): O Prof. E. Vampré pede a palavra e pergunta ao autor o porque chamar o seu trabalho choréa-athetose e não só choréa. Discorre em seguida sobre a anartria na choréa e em seguida affirma que em sua clinica ha 10 annos emprega o salicylato de sódio associado ao repouso nos casos de choréa e crê ser a melhor dentre todas as therapeuticas e 3 mezes depois de realizada a cura repete novo tratamento pelo salicylato de sódio por achar a choréa como a malaria.

Acha o caso do Dr. James F. Alvim muito grave não pelos accentuados movimentos choreicos, mas sim pela temperatura elevada, pois que as vezes nestes casos de hyperthermia o salicylato de sódio não dá resultados. Obteve tambem resultados satisfactorios com as injeções intracacheanas de Electrargol (methodo Balena). Termina elogiando o Autor por ter prendido attenção da casa sobre o effeito rapido do salicylato de sódio endovenoso. O Dr. Espirito Santo pede a palavra e felicita o autor pela sua contribuição ao estudo do emprego endovenoso do salicylato de sódio.

O Dr. Fernando Fonseca conta que teve occasião de observar o caso do communicante, e affirma a auspiciosa melhora auferida pela paciente, após o emprego do salicylato de sódio.

O Dr. Mesquita Sampaio pede a palavra para fazer justiça ao Soro anti-estreptococcico, com o qual obteve optimos resultados no serviço do Prof. Almeida Prado, no tratamento do rheumatismo polyarticular agudo, e pergunta ao autor porque até então o mesmo não fora lembrado?

O Prof. E. Vampré novamente pede a palavra para falar sobre a

dose de salicylato de sódio a empregar. Diz prescrever até 1 gr. de sal ao dia, e que o salicylato é mais supportavel pela via endovenosa que a oral, e que o sal seja puro e neutro assim como o vidro da ampola tambem rigorosamente neutro afim de se evitar reacções.

O Dr. Espirito Santo retoma tambem a palavra para dizer que até 1917 no serviço do Dr. Margarido Filho empregava-se nos casos de choréa o 914 (neosalvasan), regimen e repouso.

O Dr. Ribeiro do Valle elogia o trabalho e pergunta ao autor em que se fundamentou a parte experimental da observação?

Em seguida é dada a palavra ao Dr. James F. Alvim para responder aos commentarios. Agradece de antemão a todos que se dignaram commentar o seu trabalho e primeiramente responde ao Prof. E. Vampré dizendo querer synthetizar, e por esse motivo deu ao trabalho o nome de choréa athetose; porém está de pleno accordo com o Prof. E. Vampré e por esse motivo irá tirar a athetose e ficar somente com a choréa. Agradece ao Dr. Espirito Santo e diz sentir-se satisfeito por saber que o mesmo já está applicando em um caso de sua clinica o salicylato de sódio pela via endovenosa. Agradece a justiça do Dr. Fernando Fonseca. Ao Dr. Mesquita Sampaio diz que se absteve de falar sobre o soro anti-estreptococcico para não se estender demasiadamente, porem consta no trabalho apresentado todos os recursos therapeuticos actuaes para o tratamento da choréa; os phrenobarbituricos que são muitos divulgados e ás vezes dão bons resultados, a auto-serotherapie, o violete gençiana intravenoso, o rivanol usado na Allemanha com inconvenientes typicos, o electrargol intra-cacheano (methodo do Prof. Balena de Bello Horizonte), a urotropina, o neosalvarsan, os cocodylatos, raios X, raios ultra violeta e o soro anti-estreptococcus cardio artrites. Responde ao Dr. Ribeiro do Vale dizendo que as provas experimentaes do trabalho foram entregues ao Dr. Lemos Monteiro, o qual conclusão alguma tirou, porque todas as reacções foram negativas, assim como a propria inocula-

ção na massa cerebral do cobaio. O Dr. Adherbal Tolosa aconselha o emprego endovenoso do salicylato de sódio com muita cautela porquanto é difícil obter-se um sal puro e um preparado benigno. Como muitas cau-

sas provocam a choréa, o necessario é primeiramente estabelecer a etiologia e depois então fazer-se o tratamento pelos recursos que o progresso da medicina permite lançar mão na actualidade.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 16 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. ALIPIO CORREA NETTO

Perda de substancia da diaphyse tibial. Enxerto de Hahn typico. — Dr. EDMUNDO VASCONCELLOS.

— O A. relata um caso de fractura exposta comminutiva do tibia esquerdo por fragmento de granada. Na "frente" foi feita uma osteosynthese com fio metallico. O doente entrou no serviço do Prof. B. Montenegro apresentando intensa supuração do fóco de lesão e osteomyelite dos ossos fracturados. Aberto amplamente o fóco verificou-se necrose das partes molles ao redor da fractura e varios fragmentos soltos. Osteotomia dos fragmentos tibiaes proximal e distal ao fóco. Debridamento e excisão das partes necrosadas. Terminado esse tempo verificou-se após limpeza do fóco que a extremidade superior do tibia estava reduzida á epiphyse. Temendo a reabsorção e as difficuldades de um aproveitamento ulterior, o cirurgião fez uma implantação peroneo-tibial typica de Hahn. Secionou o peroneo na porção superior da diaphyse conservando adheridos musculos, periosteo e arteria nutriente. Deixou aberta a ferida. Recuperou o doente ainda 2 vezes, uma para retirar sequestros e outra para extirpar a extremidade superior do peroneo attingida de osteomyelite. Discute em seguida a questão dos enxertos em fóco infectado. O enxerto peroneiro foi garantido pela conservação das partes molles e pela arteria nutriente, tendo provocado na epiphyse tibial melhor vascularisação e melhor defesa.

O resultado foi bom. Apesar de um encurtamento de 4 cms. a marcha é satisfatoria com a tibeo-tarsica

em ankylose provocada e tendo a articulação dos joelhos movimentos muito limitados.

Discussão: O Dr. Piragibe Nogueira expõe com documentação radiologica um caso de operação de Hahn realizada com exito pelo Dr. Bernardes de Oliveira; o peroneo foi secionado na união do terço superior com o médio e preso á extremidade proximal do tibia por duas fitas de Putti-Parham. A operação fez-se depois de combate á infecção por duas sequestrectomias. Houve no post-operatorio reacção inflammatoria benigna que não comprometteu o resultado.

O Dr. Mario Ottobriani discorda do enxerto em campo contaminado e acha que se deve combater primeiro a infecção.

O Dr. Edmundo Vasconcellos defende seu modo de agir dizendo que levou em consideração ao praticar o enxerto a questão da integridade nutriente do osso pelas partes molles e pela sua arteria, o que é facto fundamental para o futuro do enxerto e permite enfrentar a infecção.

Fractura pathologica do humero tratada pelo apparelho de Sejournet num doente portador de molestia de Paget — Dr. SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR. — O A. relata um caso de fractura pathologica do terço médio do humero direito tratada pelo apparelho de Sejournet com bom resultado, num doente de 70 annos, no qual o exame radiologico do fóco da fractura revelou tratar-se de molestia de Paget,

ESTUDOS CIRURGICOS

Pelo Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

PREÇO 15\$000. Pedidos ao autor, CAIXA 1574 - SÃO PAULO

que depois foi confirmada pela radiographia do femur esquerdo e ossos do craneo. Commenta os signaes subjectivos da molestia que são vagos e estuda o quadro histopathologico que se resume segundo Aschoff numa osteite fibrosa, o que explica a fractura pathologica. Insistindo sobre os dados radiologicos da molestia de Paget apresenta uma serie de radiographias, algumas das quaes acompanhando a formação do calo osseo no caso que expoz; esse calo era ligeiramente exuberante, o que foi corrigido com algumas massagens.

Discussão: O Dr. Eduardo Browne diz que não tem pratica com o aparelho de Sejournet; idealisou uma modificação do aparelho de Poliquen com o qual em seis casos; alguns dos quaes de fractura do côlo cirurgico do humero e todos com optimos resultados.

O Dr. Vasconcellos acha que a comunicação focalisa a questão da osteogenese hoje bastante estudada. Julga que a massagem prolifera o calo fibroso e o descalcifica e como na molestia de Paget a calcificação deve ser auxiliada a indicação das massagens não fica bem clara. Como no caso em apreço não se conhecia a calcemia e o resultado final fosse bom sómente lembra esse aspecto da questão, não pretendendo discordar do A.

O Dr. Sebastião Hermeto Junior não concorda que a molestia de Paget seja bem definida como perturbação da osteogenese. Segue a opinião dos estudiosos actuaes do assumpto que acham ser o Paget um syndromo que pode se transmutar em molestia ossea de Recklinghausen ou em osteomalacia. A massagem só foi feita depois que um calo osseo firme e um tanto exuberante foi constatado, sendo por isso perfeitamente justificada.

Primeiro Congresso da luta científico-social contra o cancer - DR. ANTONIO PRUDENTE. — Leu o A. breves resumos dos mais importantes trabalhos apresentados por occasião do congresso de Madrid, encarecendo o valor delles.

O methodo chimio-physio-therapico no tratamento da tuberculose cirurgica - DR. FRANCISCO FINOCHIARO. — O A. faz considerações de ordem geral sobre a evolução que tem soffrido a therapeutica da tuberculose cirurgica e relata casos seus tratados com bons resultados pelos raios X, associados á injeção de iodo no fóco doente.

O trabalho foi publicado integralmente em nosso ultimo numero.

Sociedade de Med. Legal e Crim. de S. Paulo

SESSÃO DE 30 DE JANEIRO

Presidente: DR. ALVARO DO COUTO BRITTO

Odontologia judiciaria no serviço das Casas de Regeneração - Dr. Luiz Silva. — O professor Flaminio Favero lê o trabalho do A., em que este escudado em documentação conclue pela importancia da criação do serviço de Odontologia judiciaria junto ás Penitenciarias. Dado o interesse que o trabalho despertou, foi elle enviado á Secção de Criminologia, para estudá-lo e dar o respectivo parecer.

Debates sobre o projecto de Codigo Criminal - DR. ALVARO DO COUTO BRITTO. — O A. iniciou os debates sobre o projecto de Codigo Criminal, tratando das principaes innovações do mesmo, dizendo, em resumo, o seguinte:

“Em 1928 o desembargador Virgilio de Sá Pereira apresentou ao governo federal um projecto de codigo criminal. Esse projecto foi revisto, ultimamente, por uma com-

missão, de que fizeram parte o mesmo dr. Virgílio de Sá Pereira e também os drs. Evaristo de Moraes e Mario Bulhões Pedreira, sendo a redacção final publicada no "Jornal do Commercio" do Rio de 1 de Outubro, e no "Diario Official" deste Estado de 11 de Novembro do anno passado.

E' uma obra notavel, não só pelo seu criterio scientifico, visando mais a pessoa do criminoso do que propriamente o crime, como também pela solução que deu a varios problemas de direito penal.

E' claro que a materia não pode ser analysada em poucas linhas. Reclama um estudo minucioso e vasto. Como principaes innovações do projecto, figura, em resumo, as seguintes:

1) elevação para 16 annos de idade em que começa a imputabilidade;

2) classificação dos criminosos reincidentes em profissionaes, incorrigiveis e por indole, e classificação dos criminosos primarios em momentaneos e por indole;

3) divisão das penas em principaes e accessorias, sendo principaes a multa, o exilio local, a detenção, a prisão e a relegação, e accessorias a interdicção de direitos, a publicação da sentença, o confisco dos instrumentos do crime e dos proventos resultantes delle, e a expulsão do estrangeiro;

4) applicação da multa, mediante um criterio especial, que se chama dia-multa e que consiste em uma unidade artificial, proporcional á renda do infractor;

5) fixação do minimo, e do maximo genericos e do minimo e do maximo especificos, na applicação da pena corporal, variando de — 1 a 30 annos a pena de prisão e de 8 dias a 3 annos a pena de detenção;

6) imposição obrigatoria da pena de relegação condicional, por tempo relativamente indeterminado, mas que não poderá exceder á metade do maximo generico da pena applicavel, toda vez que se impuzer ao criminoso por indole ou reincidente pena de prisão superior a 5 annos, devendo a pena de relegação ser cumprida em colonias penaes instal-

adas em ilhas ou logares afastados das cidades e povoações, com trabalho e instrucção obrigatorios;

7) concessão, ao juiz, de largo arbitrio, na fixação da pena, mediante um criterio subjectivo-objectivo, pois o juiz attenderá: a) á personalidade do criminoso, ao perigo social que elle exprima e á categoria em que o deva classificar; b) aos motivos que o determinaram; c) á importancia de sua participação no crime; d) á gravidade deste e á commoção social que tiver provocado; e) ao damno causado, material ou moral;

8) substituição das actues circumstancias aggravantes e atenuantes, figurando, por exemplo, como aggravante a circumstancia de se ter o criminoso embriagado para commetter o crime;

9) suspensão da execução da pena, nos crimes passionaes, quando se tratar de criminoso primario e a pena for imposta no grau minimo;

10) alteração dos prazos de prescripção das penas, passando para 35 annos o prazo maximo de prescripção, que é actualmente de 20 annos;

11) modificação das condições de rehabilitação, que poderá ser também concedida aos condemnados, em casos especiaes;

12) criação de medidas de segurança, nos casos de imputabilidade, quando socialmente perigoso o infractor, assentando a periculosidade social na legitima previsão de que elle provavelmente repetirá o crime ou contravenção, e consistindo taes medidas, quando detentivas, no internamento do inimputavel, por tempo indeterminado, em manicomio judiciario, colonia agricola ou casa de trabalho, e quando não detentivas, em liberdade vigiada, ou prohibição de frequentar determinados logares.

Todas essas innovações estão contidas na parte geral do projecto, sendo innumeradas as que se encontram na parte especial, que trata dos crimes em especie;

Como se vê, o projecto exige uma nova organização judiciaria, com a magistratura criminal especialisada, pois deixa, em grande parte, ao arbi-

trio do juiz, a fixação da pena, mediante o conhecimento e a classificação do criminoso. Além disso, reclama um aparelhamento especial que só é possível existir nos grandes centros.

Por esse motivo, o projecto precisa ser estudado com muito criterio, pois não é possível convertel-o em lei sem que estejamos convenientemente aparelhados para a sua execução".

SESSÃO DE 14 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. ALVARO DO COUTO BRITTO

A proposito de uma pericia medico-legal. Em defesa de uma conducta profissional — DR. EURICO BRANCO RIBEIRO. — Resumo do trabalho do A. : "Um operario cahiu com um andaime em 29 de setembro de 1933, soffrendo um ferimento contuso no labio inferior com perfuração da cavidade oral, perda de dentes e descolamento do sulco labio-gengival superior, e forte contusão ao nivel do terço inferior da coxa direita. Removido para a Beneficencia Portuguesa, o A. alli praticou a sutura dos ferimentos do labio inferior e do sulco labio-gengival superior e deixou o membro inferior direito do accidentado em uma goteira metallica, com curativo humido na parte contundida. Um exame radiologico feito no dia seguinte revelou uma fractura fissuraria incompleta no terço inferior do femur direito sem comprometimento articular. O paciente ficou immobilizado em goteira e obteve alta hospitalar no decurso da terceira semana, com a recommendação de guardar repouso em casa. Cinco dias depois, a 19 de Outubro, por questões de familia, o accidentado deu um tiro no ouvido. A bala foi extrahida na Santa Casa pelo dr. Adolpho Corrêa Dias e a conselho medico foi o paciente convalescer no interior. Alguns dias mais tarde, sobreveem febre alta e phenomenos mastoideanos direitos. O paciente é removido para esta capital e internado a 6 de Novembro na Casa de Saude Santa Rita, sob os cuidados dos Drs. Raphael Parisi e Francisco Hartung. Houve septicemia e, em consequencia, formação de varios abcessos metastaticos, um dos quaes ao nivel da fractura adquirida no accidente de trabalho e que foi amplamente

dilatado a 16 de Novembro pelo dr. Raphael Parisi, que tambem operou outro abcesso na região deltoideana direita. Apesar dos esforços dos medicos assistentes, o doente falleceu a 26 de Novembro. Allegando que a morte se deu em consequencia do accidente, a familia requereu exumação do cadaver. No laudo pericial feito pelo Gabinete MedicoLegal da Policia, existem, entre outras, as seguintes conclusões : "as lesões consequentes ao traumatismo recebido no trabalho não foram convenientemente tratadas" ; "a necropsopia não revelou a existencia de intervenção cirurgica adequada ao caso" ; "a lesão recebida na tentativa de suicidio fôra de natureza leve e della não sobreveiu nenhuma complicação, o que está perfeitamente comprovado pelas radiographias feitas "intra vitam" ; "a fractura completa da extremidade inferior do femur tornou o condilo femural direito um corpo estranho, dada a impossibilidade da sua nutrição" ; etc."

Sentindo-se ferido na sua honorabilidade profissional, o A. trouxe o caso á Sociedade afim de defender-se contra as accusações contidas nas conclusões dos peritos da Policia. Para tanto, analysou e criticou minuciosamente, durante uma hora e 15 minutos, todas as partes do laudo do Gabinete Medico-Legal, concluindo que os peritos da Policia tinham chegado a conclusões falsas.

Documentando a sua conducta profissional, o A. apresentou uma informação da Beneficencia Portuguesa assignada pelo dr. José Barbosa de Barros, apreciações radiologicas dos Drs. Carlos Fernandes, Cassio Villaga e J. M. Cabello Cam-

pos, um parecer do prof. Rezende Puech sobre o tratamento instituído pelo A., quadro thermico, radiographias e photographias.

O trabalho foi encaminhado ás commissões de Medicina Legal e Infortunistica para darem os respectivos pareceres.

Sociedade de Biologia de S. Paulo

SESSÃO DE 8 DE FEVEREIRO

Presidente : DR. J. LEMOS MONTEIRO

Curiosa particularidade biológica em machos de *Amblyomma longirostre* (Koch 1844) — DR. FLAVIO FONSECA. — Ao contrario do que succede com todos os carrapatos da fam. "Ixodidae", qualquer que seja o sexo ou a phase evolutiva, os quaes se fixam sempre á pelle dos seus hospedeadores, os machos de "*Amblyomma longirostre*" (Koch, ... 1844), parasitas dos ouriços, se fixam aos espinhos por intermedio de uma secreção albuminosa que, coagulando, aprisiona o rostro. Esta observação foi feita em 22 machos capturados sobre 6 "*Coendru villosus*" (Cuv. (ouriço), nunca tendo sido encontrado macho fixado á pelle, ao contrario do que succede ás fêmeas e nymphas, que nunca foram encontradas fixadas a espinhos. Foi effectuada analyse microchimica da secreção, sendo feitos commentarios sobre esta interessante particularidade biologica do "*Amblyomma longirostre*".

Influencia do pH sobre a actividade do virus vaccínico — Drs. R. GODINHO e D. VON KLOBUSITZKY. — Na determinação electrometrica do pH de uma série de partidas de polpas vaccínicas do Instituto Butantan, emulsionadas em Glycerina, foi verificada a existencia de um elemento que desviava o primitivo grau de reacção das polpas recém-colhidas, entre pH 6,20 e 8,17, para um ponto de accentuada acidez, com prejuizo para a actividade do virus, cuja integridade só é conservada até o limite do pH 4,0. Analysadas as gliceras empregadas na suspensão das polpas com a indicação de neutras, os resultados demonstraram que, tanto as de procedencia nacional, como as estrangeiras, eram fortemente "ácidas" mesmo porque não é

possivel encontrar tal substancia em estado de neutralidade. Por essa razão, passou-se a empregar a glicerina neutralizada no Instituto, seja pelo hydroxydo de sodio, seja por um soluto tampão de phosphato em pH 7,4; nestas condições, as polpas vaccínicas, não só mantiveram a reacção sempre aproximada do ponto optimo (pH 7,8), como a actividade do virus ficou inalterada mesmo depois de quinze mezes de permanencia no frigorifico a menos 10° C.

Sobre a toxina estaphylococcica : poder tetanizante e efeito da concentração — DR. J. TRAVASSOS.

— A inoculação da toxina estaphylococcica directamente no cerebro de cobaias e coelhos provoca uma syndroma tetanisante immediata, seguida da morte dos animaes algumas horas após. Na determinação da dose minima lethal (D. M. L.) da toxina para cobaias, que pode ser controlada por uma antitoxina padrão, deve ser levada em conta a sua concentração no vehiculo. Com effeito, em estudo do valor tetanisante da toxina em função da concentração, ficou evidenciado que, além de uma certa diluição, é impossivel provocar na cobaia qualquer symptoma de syndroma ou mesmo morte tardia, embora a quantidade absoluta da toxina inoculada corresponda ás quantidades de toxina que, em diluições inferiores foram capazes de produzir uma symptomatologia completa e morte. Esse limite de diluição activa é tanto mais elevado quanto maior é a actividade toxica do filtrado. A fixação da toxina sobre as cellulas nervosas obedeceria, assim, talvez, as mesmas leis que regem as colorações vitais electivas, regulando-se por um coefficiente de reparição, solubilidade e penetração, ou

ainda ás leis de absorpção por superficies limitadas entre systemas micro-heterogeneos ou colloides.

Poder preventivo e curativo da antitoxina estaphylococcica em relação ao poder tetenizante da toxina — DR. J. TRAVASSOS. — Pesquisas de neutralisação, "in vivo", em ensaios de immunisação preventiva demonstraram que a antitoxina, inoculada em quantidade sufficiente por via trans-ocular e cysternal, previne o effeito tetanisante da toxina, mesmo decorridas varias horas após a inoculação. Por via lombar, em coelhos, a falta de protecção decorre do facto de antitoxina não attingir a base do cerebro, quando injectada na dose de 2 cc., em ensaios realizados após 2 e 3 horas. A immunisação preventiva de cobaias por via subcutanea só foi conseguida pela inoculação de grande numero de unidades de antitoxina. O poder preventivo da antitoxina em relação á infecção ficou demonstrado por uma sobrevivencia geralmente muito mais prolongada, relativamente ás testemunhas, das cobaias immunisadas passivamente e ensaiadas posteriormente com 0,1 cc. da diluição a 1/10 de uma cultura em caldo de uma amostra de estaphylococo virulento inoculado por via cerebral. O poder curativo da antitoxina, relativamente á sua propriedade tetanisante, mostrou ser estrito, quasi nullo. A antitoxina inoculada mesmo 5 minutos após a queda tetanisante da cobraia, em doses que attingiram a 300 unidades, não desfaz a tetania da maioria dos animaes que geralmente morrem durante a noite da inoculação.

A' proposito da Rickettsia mooseri — DR. J. LEMOS MONTEIRO. — Em recente trabalho, Weigl e Hertzig justificaram a designação de "Rickettsia mooseri" para os "corpúsculos de Mooser", descriptos, em primeiro logar, por H. Mooser, nas cellulas mesotheliales da tunica vaginal de cobaias e ratos inoculados no peritoneo com o virus do chamado, "tabardillo" ou "typho mexicano".

Em artigo subsequente, Nicolle aceitou e apoiou a designação. Visivelmente estes autores, ao tomarem aquella iniciativa, desconheciam os trabalhos publicados anteriormente entre nós e nos quaes já fôra proposta e usada aquella designação especifico (Rickettsia mooseri), como uma homenagem a H. Mooser, á luz de analyse comparativa feita entre as diversas febres exanthematicas e o "typho exanthematico de S. Paulo". Além disto, Brumpt, em um dos seus trabalhos, já citara a "Rickettsia mooseri" Monteiro, 1932, de sorte que cabe aqui registrar, com prazer, essas confirmações daquella maneira de encarar os "corpos de Mooser".

Estudo comparativo, á luz da prova de protecção com soro de convalescentes, entre o "typho exanthematico de S. Paulo" (Rickettsiose neotropica) e o typho exanthematico de outras precedencias — DR. J. LEMOS MONTEIRO. — Para o estudo das febres exanthematicas e sua filiação a um dos quatro grandes grupos em que aquellas se subdividem, a prova de immunisação cruzada é de importancia capital. Na impossibilidade da sua execução, podem-se pesquisar nas relações immunologicas por meio da verificação do poder protector do soro de convalescente contra o virus de uma determinada Rickettsiose, a cujo grupo se deseja saber se se liga o virus que determinou o caso clinico em estudo. Esta prova, praticada com soro enviado da Argentina pelo prof. S. Mazza, colhido de doente já em convalescença e que havia tido o diagnostico confirmado de "typho exanthematico" ou "febre petechial", relativamente aos virus do "typho exanthematico de S. Paulo" (Rickettsiose neotropica) e da febre maculosa das Montanhas Rochosas (Rickettsiose nearectica), deu resultado negativo, isto é, o soro (caso ocorrido em Tinogasta) não apresentou qualquer poder protector contra esses virus. Assim sendo, deve-se acreditar que a febre exanthematica naquella região da Argentina, ou pelo menos o caso estudado, não

pertença ao grupo em que se filiam o "typho de S. Paulo" e a febre das Montanhas Rochosas (grupo III); mais provavelmente pertencerá ao grupo IV, onde se incluem o "typho

exanthematico" classico ou epidemico (Rickettsiose epidemica ou maior), o "typho americano" ou endemico (Rickettsiose endemica ou murina) e outras modalidades.

Sociedade dos Medicos do Dispensario "Clemente Ferreira"

SESSÃO DE 11 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. CLEMENTE FERREIRA

Albert Calmette — DR. CLEMENTE FERREIRA. — Referiu-se o A. inicialmente, ás grandes etapas da historia da tuberculose — a pathologica e a anathomo-clinica com Bayle e Laennec, a ethiopathogenica com Villemain e Koch, a therapeutica com Forlanini e a prophylactica com a brilhante personalidade de Albert Calmette.

Fala do abalo doloroso que causou no mundo inteiro o brutal e inesperado desaparecimento do benemerito bemfeitor da humanidade, o incomparavel investigador e sabio francez.

Allude ás justas e merecidas homenagens que, em diversos paizes, associações scientificas, corporações e a imprensa medica têm prestado á figura insigne e relevante do emerito cientista, que, no oizer do eximio professor Léon Bernard, percorreu todo o dominio biologico do magno flagello dos tempos modernos, imprimindo a todas as questões relativas ao problema tuberculoso o sello do seu poderoso genio.

Analysa concisamente a actuação fecunda e multiforme do reputado sub-director do Instituto Pasteur, de Pariz, como hygienista, sanitarista, bacteriologista e organisador dos Institutos de pesquisas, que em paizes mesmo longinquos tanto fizeram progredir a sciencia medica e therapeutica biologica.

Poz em destaque principalmente seus enormes e inestimaveis serviços como fisiologo, que desde 1906 congregou a estudos e pesquisas sobre o magno problema a sua actividade e proficuos esforços de investigador de grande envergadura e de alta visão, resolvendo arduas questões e

esclarecendo faces diversas da pathogenia e da prophylaxia da tuberculose, que deu um efficiente passo com a criação, em 1901, do Preventorio "Emille Roux", em Lille — escola de educação e prevenção anti-tuberculosas, que celeremente teve irradiação por todas as nações civilisadas.

O dr. Clemente Ferreira poz, afinal, em evidencia o remate fulgurante de sua longa, ampla e preciosissima obra com a descoberta da vaccina B. C. G., que abriu immensos horizontes para a defesa da infancia ameaçada, constituindo uma arma de fino gume, que já tem arrebatado ás garras da grande doença mais de um milhão de crianças de todas as edades.

Terminou sua allocução em homenagem á memoria do benemerito sabio — gloria da medicina mundial e orgulho da intellectualidade latina — concitando os hygienistas, sanitaristas, fisiologos e campeões da medicina social a tudo fazerem no sentido de se derramarem pelas massas os beneficios do inestimavel invento — a vaccina Calmette-Guérin.

Contribuição ao estudo radiologico do lobo da veia azygos — DR. ANTONIO TISI NETTO. — Teve o A. occasião de observar 4 casos de lóbo da veia azygos em 3.500 radiographias, que lhe foi dado examinar no serviço do Dispensario Clemente Ferreira. Faz o historico dessa anomalia pulmonar, descreve os caracteres da imagem radiologica, as suas modalidades e apresenta a casuistica de outros autores que se preoccuparam com o assumpto. O conhecimento da veia azygos adquire, agora,

que se vão tornando communs as intervenções no campo pulmonar, uma importancia consideravel, pela sua confusão possível com outros processos pathologicos, v. g. adherencias pleuro-pulmonares, o que poderia determinar o seu sectionamento. Sem ser frequente, nem por isso é rara como pôde ser constatado por outros observadores, alguns dos quaes accusam uma percentagem de 2%.

Sobre um caso de tuberculose pulmonar em uma creança de 4 annos, curada pelo pneumothorax — DR. ALBERTO NUPIERI. — Faz o autor umas considerações sobre a tuberculose infantil entre nós e mostra a necessidade de um appare-

lhamento official permittindo com a maior amplitude e facilidade as diversas provas reveladoras da molestia na sua phase inicial. O caso da doentinha, objecto da sua communicação, apresenta-se interessante, não só pela idade como pelo seu character agudo e evolutivo, com um emmagrecimento de 4 kilos em 5 mezes e profunda aggressão do estado geral. O pneumothorax evitou o "exitus letalis" a que estava condemnada, sendo que se apresenta agora com a sua curva ponderal ascendente, ausencia de bacillos ha muitos mezes e limpeza radiologica, conforme se verifica das chapas que apresenta, a despeito de um exsudado da base do pulmão lesado.

Club Zoologico do Brasil

SESSÃO DE JANEIRO

Fauna ornithologica de S. Paulo (2.^a Parte) — DR. OLIVIERO PINTO. — De accordo com a seriação systematica das aves, vêm em primeiro logar as Corredoras, ainda representadas entre nós por um exemplo bastante caracteristico, a Ema, commum ainda nos campos de Araquara e outros. E' proverbial a capacidade de seu estomago, não menor do que a extravagancia de seu appetite: moedas, pedaços de arame, parafusos e até pregos de trilho são commummente deglutidos pelo aveztruz americano. Grupo numeroso formam na ornithologia brasileira os Tinamiformes, cujo representante mais notavel é o Macuco, ave da mata fechada, onde, á noite, antes de empoleirar-se, sauda o crepusculo com

um ou mais pios claros e breves. Todas as do grupo são tidas como caça de primeira ordem; algumas como o Inambu-guassu' (Crypturus aboletus) e o Jahó (C. noctivagus), para só citar as mais importantes, vivem na mata; outras, como a Perdiz (Rhynchotus rufescens) e a Codorna (Nothura maculosa), tão perseguidas pelos apaixonados da cynetica, não abandonam os campos.

Em seguida o mesmo consocio fez projectar varias photographias do Tatu' do rabo mole, tiradas pelo consocio Heitor Serapião (de Aracatuba), o qual ultimamente teve ensejo de observar e tomar medidas de um exemplar dessa especie, já bastante rara entre nós.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS. ANEMIA
ESCROFULOSE

LABORATORIO DOS PRODUCTOS SCIENTIA
21, rue Chaplat. Paris: 9^e

AMAMENTAÇÃO
CRESCENÇA
GRAVIDEZ

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Cirurgia de Urgencia - PROF. AUGUSTO PAULINO, F. Briguier & Cia. (rua S. José, 38), Rio, 1933. — A literatura medica brasileira está em pleno desenvolvimento. Dia a dia vêm apparecendo livros novos, a maioria dos quaes merecedores de um lugar de destaque na estante dos profissionaes. Está entre essa maioria o volume de "Cirurgia de Urgencia" que o prof. Augusto Paulino acaba de lançar a lume, por intermedio da Livraria Briguier, do Rio. Tomando por base uma finalidade pratica, o illustre cathedratice da Faculdade do Rio condensa em cerca de 700 paginas tudo o que o cirurgião deve ter em mente para prestar socorros de urgencia. Livro fartamente illustrado com photographias e figuras originaes, muitas das quaes a cores, é de manuseio facil, constituindo um verdadeiro manual a que o pratico pode facilmente consultar de momento para bem resolver uma situação difficil. Assim, merece o livro figurar na mesa de todos quantos, por este Brasil afóra, se vejam na contingencia de fazer cirurgia de urgencia.

Ocho lecciones clinicas - F. GALLART MONES, Salvat Editores (41, calle Mallorca), Barcelona, 1934. — No afã de dar publicidade a tudo quanto é de bom em medicina, a conhecida casa Salvat de Barcelona acaba de distribuir ás livrarias as "Ocho lecciones clinicas" proferidas por Gallart Monés na Escola de Pathologia Digestiva do Hospital da Santa Cruz y São Paulo.

Essas oito lições sobre assumptos de tão palpitante interesse, como o megaesophago, as pregas do estomago, as indicações cirurgicas na ulcera gastro-duodenal, a colite ulcerosa grave, a syphilis e o cancer no aparelho digestivo, etc., profusa e ricamente illustradas com nitidas photographias, serão certamente uteis para o medico pratico, que poderá ajun-

tar aos conhecimentos que sobre essas questões tenha adquirido por sua propria experiencia os ensinamentos ministrados por um mestre do valor de Gallart Monés, cujos trabalhos scientificos o consagraram especialista dos mais notaveis. Da leitura dessas lições tirarão grande proveito todos os que se dedicam á pathologia digestiva.

Theorie und Praxis der Krebskrankheit - DR. FELIX MANDEL, 144 pgs., 28 figs., 1932 - preço RM. 8 - Editor: Wilhelm Maudrich, Spitalgasse, 1B, Vienna, IX. — No presente livro o autor teve a constante preocupação de reunir os conhecimentos indispensaveis a todo medico pratico no que diz respeito a tumores malignos. Deixou de lado qualquer discussão esteril, nem se demorou na exposição de theorias inuteis.

O livro foi dividido em 2 partes: geral e especial. Na primeira parte o A. trata de um modo geral da symptomatologia, tratamento, recidivas e metastases, prophylaxia, etc., Na parte especial cuida dos tumores malignos segundo a sua localização, expondo sempre, com methodo e syntheticamente, os symptomas, frequencia dessa localização, diagnostico differencial, insistindo no tratamento de escolha para cada caso, apresentando estatisticas proprias e de grande valor, dada a experiencia do autor no assumpto.

Como de habito, o editor, especialista em obras de medicina, empregou material graphico de primeira qualidade, sendo as illustrações muito bem feitas.

A Standard classified nomenclature of disease - The Commonwealth Fund (41, East 57th street) New York, 1933. — Em 1928 as diversas associações medicas norte-americanas crearam uma comissão especial para estudar um systema de classificação das molestias e unifor-

mização da sua nomenclatura. Essa comissão trabalhou durante quatro annos, no fim dos quaes apresentou o resultado dos seus estudos: um plano que mereceu a approvação das instituições officiaes e de todas as grandes associações medicas dos Estados Unidos. E' um plano intelligentemente organizado sob a base decimal, estando fadado a tornar-se universalmente aceito. Contem-se num volume de cerca de 700 paginas e custa \$3,50 dollares.

Carcinoide do appendice - BRANDINO CORREA - separata da Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia, Rio, 1933. — O illustre cirurgião da capital do paiz reuniu em folhetos os dois trabalhos que publicou sobre o assumpto, um dos quaes em collaboração com o dr. Itamar Paixão de Souza. No primeiro trabalho faz o A. um apanhado dos casos semelhantes relatados no Brasil e a elles accrescenta mais um. No segundo, contribue com a divulgação de mais um caso para o enriquecimento da casistica nacional. Em ambos os trabalhos ha nitidas microphotographias justificando o diagnostico.

L'Obesité - MARIANO CASTEX - numero especial de "Nutrition", Paris, 1933 (G. Doin Cie). — A excellente revista franceza "Nutrition", editada por G. Doin & Cie de Paris, publicou em 1933 um numero inteiramente consagrado á Obesidade, escripto por

cientistas sul-americanos, sob a competente direcção de Mariano Castex, de Buenos Aires. Austregesilo escreveu para esse numero sobre a "obesidade e centros nervosos" e Moreira da Fonseca sobre "lipomatose symetrica". Varios são os professores argentinos que collaboraram na edição, que, assim, se apresenta como um valioso repositório de tudo quanto ha de mais moderno sobre o assumpto.

Le traitement des albuminuries juveniles - F. RATHERY - J. B. Bailliére et fils (19, rue Hautefeuille) Paris, 1934. — O professor de Therapeutica da Faculdade de Medicina de Paris escreveu uma interessante monographia para a collecção "Les therapeutiques nouvelles" que a casa J. B. Bailliére está editando com successo. O tratamento das albuminurias juvenis é individualizado, com raro censo critico, principalmente porque o individuo atacado está em pleno desenvolvimento, sendo importante não privar o seu organismo de factores alimentares indispensaveis por onde se vê que uma dieta mal conduzida poderia ser prejudicial. E' preciso, portanto, deslindar a causa da albuminuria e dar-lhe o adequado tratamento, não esquecendo das necessidades alimentares do um organismo em crescimento. Esses pontos de vista são muito bem focalizados pelo illustre professor parisiense. O volume contem 52 paginas e custa apenas 8 francos.

Theses de doutoramento

Das operações do sympathico em gynecologia - DR. ARTHUR WOLFF NETTO - These de S. Paulo 1933. — O A., que ha muito se vem occupando do assumpto, nos apresenta agora sua these inaugural que constitue um trabalho de conjunto sobre a questão e que merece ser divulgado, não só pela clareza e pela maneira completa de exposição, como tambem pela contribuição original do autor, "a associação das operações de Cotte e de Castano", applicada com bom exito em multiplas gynecopathias.

São as seguintes as conclusões do A.:

"Os nervos ovarianos e uterinos se anastomosam ao nivel do angulo utero-tubario".

O utero possui uma innervação intrinseca, formada pelos plexos parenchimatosos de "Keiffer". Graças a essa innervação o órgão é capaz de funcionar isoladamente, podendo mesmo entrar em trabalho de parto, quando todos seus nervos são seccionados.

As experiencias teem demonstrado que a enervação do ovario não acar-

reta perturbações funcioneas a essa glandula.

A operação de Castano applicada isoladamente não deu resultados satisfactorios nas nossas observações.

Do mesmo modo a operação de Cotte isolada nem sempre foi, nos nossos casos, efficiente no tratamento das algias pelvianas essenciaes.

A operação de Castano-Cotte deu resultados optimos em todas as nossas observações.

Pelos resultados observados parece que a operação de Castano-Cotte age pela secção das vias sympathicas centripetas e pelas modificações vasomotoras que acarreta.

A operação de Castano-Cotte deve ser applicada: 1.º, nas syndromes dolorosas da esphera genital (dysmenorrhéa essencial, nevralgias pelvianas, varicocele pelviano, ovarite esclero-cystica, vaginismo, dyspareunia, etc.); 2.º, nas syndromes vaso-motoras ou secretorias do aparelho genital da mulher (leucorrhéa com dysmenorrhéa); 3.º, nas perturbações trophicas dos genitales (kraurosis vulvae, etc.).

Nos casos de carcinoma inoperavel ou recidivado do utero, a operação de Castano-Cotte nem sempre dá bons resultados, porque segundo a extensão do processo, ás vezes é im possível remover-se cirurgicamente a causa das dores.

A operação de Castano-Cotte não acarreta perturbações sphincterianas post-operatorias.

Tardamente, não observamos perturbações no funcionamento do aparelho genital das doentes operadas (frigidez, disturbios menstruaes, etc.)

O diagnostico de varicocele pelviano é feito pela triade symptomatica: dysmenorrhéa do typo ovariano, dyspareunia e hydrorrhéa rebelde, e ao toque pela sensação de certas irregularidades na região dos annexos, lembrando veias varicosas.

Em todas as doentes portadoras de varicocele pelviano encontramos sempre na laparotomia, ao lado daquelle entidade morbida, a degeneração microcystica dos ovarios, confirmando assim a theoria de Castano sobre a pathogenia dos varices pelvianos na mulher.

Nos casos de dysmenorrhéa, rebelde a tratamento medico em que o exame gynecologico revela retroversão uterina, a correção da posição do utero nem sempre cura as dores menstruaes da paciente."

Estudos praticos para a identificação dos alcaloides pelo methodo microchimico com o reactivo de Dragendorff — DR. JOSÉ DIAS DA SILVEIRA, These de S. Paulo, 1933 — Conclusões do A.:

1) O reactivo de "Dragendorff", uma vez preparado pelo processo usado no Instituto Oscar Freire da Faculdade de Medicina de S. Paulo, dá precipitado mesmo em presença de alcool, alcool amilico ou ether.

2) Nas nossas pesquisas não obtivemos precipitados todas as vezes que tratamos o material pelo reactivo proposto por "Caille e Viel".

3) A destillação sob aspiração só deve ser empregada quando se pos-sua um aparelho perfeito, pois em caso contrario a permanencia prolongada a uma temperatura de +35° a +40° poderá causar decomposição do alcaloide.

4) O reactivo de "Dragendorff" precipita as soluções de alcaloide que tenham contraindo combinações com a materia organica, sendo que os precipitados são crystalizaveis, e os cristaes caracteristicos.

5) Sendo a reacção muito sensivel, pode ser obtida no liquido logo após a extração, não sendo necessaria a separação por dissolvente apropriado, o que facilita muito o emprego.

FERRO QUEVENNE

Para ANEMIA, CHLOROSE, DEBILIDADE. — Approvado pela ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIZ. — O mais activo e economico, o unico FERRO INALTERAVEL nos paises quentes — Exigir o VERDADEIRO, com o SELLO AZUL da "Union des Fabricants. — 14, Rue des Beaux-Arts — PARIS.

RESUMOS E ANALYSES

Trabalhos estrangeiros

Pyreto et chimiotherapie associées dans la syphilis primaire et secondaire; étude expérimentale et clinique — RICHET (Charles Fils), DUBLINEAU (Jean) et JOLY (F.) — "Prece Médicale", XLI, n.º 85-25 outubro 1933, pag. 1649. — O tratamento da lues nervosa pela malarização entrou já, definitivamente, para o domínio da pratica diaria. São communs, nas revistas medicas nacionaes e estrangeiras, as referencias ás vantagens deste methodo therapeutico e as estatisticas tendentes a provar não só suas optimas qualidades como tambem a insignificancia dos perigos que decorrem de sua applicação. Estes ultimos, vultuosos quando foram praticadas as primeiras malarizações, se reduziram, ultimamente, — graças aos aperfeiçoamentos introduzidos na technica e á observação cuidadosa dos doentes, a proporções minimas, a ponto de serem considerados, hoje, muito raros os casos de morte em consequencia da malariotherapia. Si é certo que a applicação da malaria exige a assistencia medica de um especialista, não é menos exacto que, indicada com acerto, a malaria constitue recurso efficiente e soberano para o tratamento da neuro-lues.

Si alguns clinicos e especialistas, tanto nacionaes como estrangeiros, ainda hoje hesitam para a applicação deste methodo, reservando-o somente para os casos em que outras medicações não produziram os efeitos desejados, outros, mais ousados, a applicam precocemente, desde os periodos pré-clinicos, ou melhor, desde as phases puramente humores das affecções neuro-lueticas. São bastante conhecidos os trabalhos de Ravaut sobre a existencia de uma neuro-lues pré-clinica revelada exclusivamente pelas alterações do liquido cephalo-rachideano em syphiliticos nos quaes o exame clinico não revela o menor signal indicador de lesão do systema nervoso central. Conforme observações e estatisticas fornecidas a Reunião Neurologica Internacional reali-

zada em Paris, em 1932, em commemoração de Alfredo Fournier — em presenca de syphiliticos em taes condições, neurologistas e syphiligraphos consumados taes como Rabaut, Kyrle, Dreyfuss, Wagner Von Juregg, entre outros, não hesitam em applicar a pyretotherapia seja pelas injeções hyperthermizantes ou pela malarização. Os resultados favoraveis dão razão a este modo de proceder.

Kyrle, Kerl, Behring, Finger, Matsuska, Rosner e Pasini vão mais alem, propondo a malarização desde o periodo secundario da lues, quando o doente apresentar o liquido cephalo rachideano alterado, isto é, quando, segundo idéas actuaes em neurologia, se possa receiar um futuro accommettimento ao systema nervoso central. Iniciaram estes A.A. nova phase no terreno da prophylaxia da lues-nervosa.

Actualmente ha pronunciada tendencia para ampliar ainda mais o campo da applicação da pyretotherapia. Carpentier, Bloch e Warren, repetindo trabalhos de Jahnel e Weichbrodt, utilizaram o calor de estufa para modificar a virulencia dos espirochetas em lesões provocadas experimentalmente em coelhos, conseguindo, em certos casos, esterelizar completamente os animaes inoculados. Em trabalho recente, publicado na "Presse Médicale" de 25 de outubro de 1933, Dublineau, Richet e Joly relatam os resultados experimentaes e clinicos obtidos em casos de lues primo-secundaria com a associação da pyretotherapia á medicação especifica arseno-bismuthica,

Usando a hyperthermização isolada, verificaram estes A.A. que o calor, sufficientemente elevado e prolongado, pode determinar, em grande numero de casos — como já tinham verificado os autores acima citados — a cura completa da syphilis experimental do coelho. N'uma segunda serie de experimentações, foi empregada a pyretotherapia associada á medicação especifica usual. Não po-

dendo transcrever aqui todos os dados fornecidos pelos A.A., o que viria alongar muito esta analyse, nos limitaremos a assignalar que o emprego de doses infra curativas de arsenotherapie, conjugadas com banhos quentes de modo a provocar elevações de temperatura até 42 grãos, determinou a cura completa, provada pela possibilidade da re inoculação, em todos os casos de lues experimental.

Para os estudos clinicos os A.A. empregaram a pyrexia provocada por injeções de albuminas heterogenas applicando as injeções hyperthermizantes, depois da chimiotherapia, no mesmo dia, quando usavam o neosalvarsan, e dois a tres dias depois, quando recorriam aos preparados bismuthicos. Estudaram assim 5 casos de lues primaria e 32 com lesões secundarias, verificando, mais rapidamente que com os tratamentos habituaes, a epidermização, o desaparecimento das roseolas e das adenites satelites e a resolução das syphíides papulo-escamosas. Todos os casos foram controllados por exames serologicos, praticados semanalmente; as reacções positivas, com excepção de duas, negativaram-se rapidamente.

Os Autocres relatam suas observações minuciosamente, tecendo, a proposito de cada uma, considerações sobre o tratamento ulterior a que devem ser submettidos esses doentes e sobre o prognostico cabivel em taes casos. Para terminar, emittem a conclusão de que, a seu ver, a associação pyretho-chimiotherapica jugula mais facilmente os accidentes primo-secundarios que a bismutho-arsenotherapie isolada, julgando que o tratamento por elles indicados deva ter preferencia nos casos em que se possa pensar em syphilis maligna, em syphilis rapidamente evolutiva, em syphilis com tendencias neurotropicas.

— Dr. Oswaldo Lange.

Experiencias com o emprego da quinina injectavel em obstetricia

— DR. E. KAHNT — Therapie der Gegenwart, 1932, T. 3, pag. 142. — A administração da quinina em injeção não fica de modo nenhum, no que respeita á sua acção, atrás da administração per os. Assim como há casos que não reagem á quinina per os, assim se constata também falhas com a injeção. Contudo, estas não são mais frequentes do que na administração per os. Uma vantagem da injeção está na sua melhor tolerancia, ainda que apareçam occasionalmente queixas de dores ligeiras immediatamente a seguir á injeção intramuscular.

Em 80 partos cuidadosamente observados foram realizadas experiencias com as empólas de "Cardiazol-Quinina" "Knoll" que contem um centimetro cubico 0,1 g de Cardiazol + 0,25 g. de lactato de quinina. Esta dose de quinina mostrou-se como sendo a mais efficaç, tendo-se verificado que o augmento da dose para 0,5 g de quinina, feito por experiencia, se não recomendava. A culminancia da acção era alcançada ao fim de cêrea de 30 minutos, estabelecendo-se assim entre as injeções parceaes (a maior parte das vezes 3) intervalos de tempo de 20 até 40 minutos, segundo os casos.

Já anteriormente se tinha applicado concomitantemente o Cardiazol em injeção na dose de 0,1 g., em casos em que, devido ao augmento das contracções uterinas, a creança estava em perigo, no periodo de dilatação, e em que por outro lado não era desejavel obter-se um enfraquecimento das contracções por meio de narcoticos. "Nenhuma creança mostrou com o emprego das empólas de Cardiazol-Quinina qualquer lesão que se pudesse attribuir á quinina".

Seja ainda mencionado que as observações foram realizadas quasi exclusivamente em partos de termo, para se obter dados quanto possivel claros, e que até aqui se tem feito uso das injeções de Cardiazol-Quinina apenas no periodo de dilatação do colo.

Estudos Cirurgicos

Dr. Eurico Branco Ribeiro

**PREÇO 15\$000 - PEDIDOS AO AUTOR :
CAIXA 1574. SÃO PAULO**

NOTICIARIO

Universidade de São Paulo

Creação do instituto. — Foi assignado no dia 25 de janeiro ultimo, na pasta da Educação, pelo Dr. Armando Salles de Oliveira, o decreto 6283, que cria a Universidade de São Paulo.

Os fins da Universidade são : a) promover, pela pesquisa, o progresso da sciencia; b) transmittir pelo ensino, conhecimentos que enriqueçam ou desenvolvam o espirito, ou sejam uteis a vida; c) formar especialistas em todos os ramos de cultura, e technicos e profissionaes em todas as profissões de base scientifica ou artistica; d) realizar a obra social de vulgarização das sciencias, das letras e das artes, por meio de cursos syntheticos, conferencias, palestras, diffusão pelo radio, filmes scientificos, e congeneres.

A Universidade de São Paulo se constitue dos seguintes institutos officiaes; a) Faculdade de Direito;

b) Faculdade de Medicina; c) Faculdade de Pharmacia e Odontologia; d) Escola Polytechnica; e) Instituto de Educação; f) Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras; g) Instituto de Sciencias Economicas e Commerciaes; h) Escola de Medicina Veterinaria; i) Escola Superior de Agricultura; j) Escola de Bellas Artes.

Além das Escolas, Faculdades e Institutos acima referidos concorrem para ampliar o ensino e acção da Universidade: a) O Instituto Biologico; b) Instituto de Hygiene; c) o Instituto Butantan; d) Instituto Agronomico de Campinas; e) o Instituto Astronomico e Geographico; f) o Museu de Archeologia, Historia e Ethnographia, que é o Museu Paulista; g) o Serviço Florestal; h) e quaesquer outras instituições de caracter technico e scientifico do Estado.

Ordem dos Medicos

Na associação Paulista de Medicina. — Sob a direcção da mesa composta dos drs. prof. A. C. de Camargo, presidente; Oscar Monteiro de Barros, 1.º secretario; e Francisco Cerruti, 2.º secretario, realizou-se no dia 9 de março, na Associação Paulista de Medicina, a Assembléa Geral para discussão dos projectos relativos á organização da Ordem dos Medicos ou da Federação das Associações Medicas.

Este assumpto evoluiu na propria Associação, tendo sido levantado pela primeira vez o projecto da organização da Ordem aos Medicos, levado em plenario na sessão realizada em 11 de janeiro. Nessa reunião, antes da approvação do assumpto, levantou-se a seguinte preliminar: "A assembléa reconhece a

necessidade de uma organização da qual participem compulsoriamente todos os medicos do paiz". Novamente reunida a assembléa geral em 16 daquelle mez, o prof. Rubião Meira propoz o que segue: "Proponho que a Associação Paulista de Medicina, approvada como foi, a necessidade de criação de um orgma de defesa da classe medica, a que são obrigados a pertencerem todos os profissionaes, doutores em medicina, antes de entrar na apreciação do ante-projecto em discussão, nomeie uma commissão de 5 membros para estudar o melhor meio de firmar principios da sua fundação, trazendo á Assembléa os "itens" a serem discutidos e approvados". Approvada por unanimidade esta proposta, foi eleita, a seguinte commissão: prof. Rubião Mei-

ra, drs. Alberto Nupieri, Oscar Monteiro de Barros, João Barbosa Correia e Jairo Ramos. Iniciados os primeiros trabalhos, esta comissão scindiu-se em virtude de não ter chegado a um mutuo accôrdo, quanto ao projecto que deveria ser levado á discussão. Dest'arte formaram-se duas correntes: uma favorável a organização da Ordem, formada pelos drs. Monteiro de Barros e Alberto Nupieri, e outra pela Federação, e constituída dos drs. prof. Rubião Meira, Barbosa Correia e Jairo Ramos.

São os seguintes os projectos organizados e submettidos a approvação:

1.º projecto pró federação. — "A comissão abaixo assignada resolve propôr á Assembléa da Associação Paulista de Medicina:

Único — Que se promova a Federação compulsoria de todas as sociedades medicas existentes no paiz. Todos os profissionais que não pertencerem a qualquer das sociedades terão de se inscrever directamente na Federação. A Federação terá por fim:

a) promover o estudo e adopção do código brasileiro de deontologia.

b) propugnar pela nacionalização da medicina, ou seja, da concessão do direito de clinicar só aos brasileiros natos ou aos que, depois de naturalizados, façam todo o curso medico numa das faculdades do paiz;

c) propugnar pela modificação das leis processuaes e penaes, afim de facilitar e tornar effectiva a acção das autoridades policiaes e sanitarias da luta contra o charlatanismo leigo e diplomado;

d) propugnar pela criação de juiz privativo dos Feitos da Saude Publica.

S. Paulo, 7 de fevereiro de 1934.
(aa.) Rubião Meira, Barbosa Corrêa, Jairo Ramos".

2.º Projecto pró ordem. — "Nós abaixo assignados, membros da comissão eleita pela assembléa para traçar, dentro das directrizes fixadas, as linhas geraes de um organismo de defesa da classe medica brasileira,

pensamos que deve o mesmo se revestir dos seguintes caracteristicos:

a) completa autonomia;

b) abrigar compulsoriamente todos os medicos do paiz;

c) ser o porta-voz da classe medica perante os poderes publicos, pugnando pela adopção de leis acauteladoras dos seus interesses materiaes e medidas de repressão summaria ao exercicio illegal da medicina;

d) promover o estudo e adopção do Código Brasileiro de Deontologia;

e) crear um conselho de disciplina para fiscalizar a observancia desse código;

f) exigir aos medicos, formados no estrangeiro, naturalização e curso medico integral em uma das faculdades officiaes do paiz, respeitados os direitos adquiridos;

g) eleição dos directores pelo suffragio directo.

aa.) Alberto Nupieri — Oscar Monteiro de Barros."

Exposto o assumpto o sr. presidente dá a palavra aos membros das duas comissões para exporem os seus votos.

Fala em primeiro lugar o prof. Rubião Meira que propõe á assembléa "que, em virtude de grande divergencia, é seu pensamento que fosse submettido apenas á votação o projecto da maioria de membros (Federação) porquanto o estudo do projecto referente á Ordem, constituinte da minoria equivaleria a um cerceamento da liberdade".

Levantam-se contra essa sugestão os drs. Oscar Monteiro de Barros e Alberto Nupieri que, após justificarem os pontos de vista que defendem, passam á critica do projecto federacionista.

As apreciações feitas pelos oradores contra este projecto se referiram, apenas, ao dispositivo unico e "iten" "d".

Quanto aos demais "itens" (a, b, c e d) declararam os drs. Monteiro de Barros e Alberto Nupieri, que os mesmos figuram no ante-projecto da Ordem dos Medicos, do qual foram colaboradores.

— Fala a seguir o dr. Jairo Ramos que affirma inicialmente ser contra-

rio á criação da Ordem dos Medicos, desde que não haja ainda o Codigo Deontologico. O orador passa logo após a expôr longo thema sobre os meios de repressão ao charlatanismo e dil-o com a comprovação de exemplos que em sua carreira de autoridade sanitaria pôde constatar.

Um dos presentes levanta-se para solicitar do orador que fosse mais breve em sua exposição, pois a questão que se propoz discutir estava ainda sendo aguardada pela Assembléa. Apartes pró e contra são levantados e o dr. Jairo Ramos ameaça deixar a tribuna, não o fazendo, no entanto, por insistencia de alguns dos presentes.

Continuando, o orador reafirma o que dissera no inicio e acrescenta que a Ordem não poderá fiscalizar a profissão, consoante o "iten" e de seu projecto, porquanto dois documentos indispensaveis para isso não lhe poderão ir ter em mãos: oattestado de obito e a copia da receita de toxicos.

A votação dos projectos. — E' dada a seguir a palavra ao dr. Barbosa Correia que declara achar o assumpto amplamente discutido razão por que se abstinha de levantá-lo novamente. Entretanto propunha que se procedesse a votação dos dois projectos, passando a parte restante do projecto vencedor a ser apreciada na proxima reunião. Approvada por grande maioria esta sugestão, resolveu-se proceder a votação nominal que offereceu o seguinte resultado: Ordem, 68 votos; Federação, 32 votos.

Deixaram de votar 5, não tendo respondido á chamada, 21 pessoas.

Os trabalhos da proxima reunião. — Consoante fôra proposto o projecto vencedor será submettido em seus dispositivos á discussão na proxima reunião, cuja data não foi ainda fixada.

Estes dispositivos são os constantes nos "itens" a, b, c, d, e, f, e g.

Na Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo. — Em assembléa geral extraordinaria realizada no dia 18 de janeiro ultimo discutiu-se a possibilidade da criação da Ordem dos medicos.

O dr. Ribeiro de Almeida abordou o assumpto relativo á possibilidade da organização da Ordem dos Medicos e, depois de ler algumas considerações a respeito, entre outras, frisa que a Directoria não advoga a causa de tal empreendimento. Obtem a approvação unanime de sua proposta, no sentido de que a Sociedade tome qualquer iniciativa a favor de uma nova organização para a defesa de interesses da classe. Termina as suas palavras pedindo á mesa nomeie uma comissão para tratar do assumpto em foco. Approvada a proposta foi aclamada uma comissão composta dos drs. Flaminio Favero, Carlos Fernandes e Oscar Monteiro de Barros para agir, com ampla liberdade em harmonia de vistas com as agremiações congeneres, no sentido de ser elaborado um estudo preliminar referente á proposta do dr. Ribeiro de Almeida. O dr. Carlos Fernandes lê as conclusões a que chegou a comissão relatora do assumpto a ser debatido e da qual faz parte. Continuando, porém, os debates, foi, ainda, approvada a proposta do dr. Oscar Monteiro de Barros no sentido de que haja obrigatoriedade de inscripção de todos os medicos, na futura agremiação de classe, cujo escopo será a de encerrar o assumpto, principalmente, sob o aspecto moral, podendo nesse caso a comissão entender-se com a Ordem dos Advogados para a elucidação dos interesses da classe medica, no que se relacionar com á jurisprudencia.

ESTUDOS CIRURGICOS

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

PREÇO 15\$000. Pedidos ao autor - Caixa 1574. S. PAULO.

Centro Academico "Oswaldo Cruz"

Posse da nova directoria para 1934-35. — Para a posse da nova directoria do Centro Academico "Oswaldo Cruz", orgam dos estudantes da Faculdade de Medicina de S. Paulo, realizou-se no dia 17 de janeiro uma sessão solemne, bastante concorrida, levada a effeito, ás 15 horas, no salão nobre daquelle estabelecimento de ensino superior, á avenida Dr. Arnaldo.

Presidiu a cerimonia o director da Faculdade de Medicina, professor Cantidio de Moura Campos, sentando-se, ainda, na mesa que dirigiu a sessão, o dr. Antonio de Paula Leite, representante do sr. interveutor federal no Estado, e doutorando Paulo da Silva Gordo, presidente do C. A. "Oswaldo Cruz". As cathedras de honra lateraes foram occupadas pelas seguintes pessoas: major Sebastião do Amaral, director da Guarda Civil; 2.º tenente Nabor dos Santos, ajudante de ordens do sr. commandante da Força Publica; 1.º tenente Benedicto de Paula França, ajudante de ordens do sr. chefe de Policia; 1.º tenente José da Silva Lopes, ajudante de ordens do sr. secretario da Justiça; dr. Carlos de Sá, official de gabinete do sr. prefeito da Capital; dr. André Vaz Perez Velasco, official de gabinete do sr. secretario da Agricultura; dr. Eduardo Munhoz, official de gabinete do sr. secretario da Educação e os academicos Alfredo Giblio, Rone Amorim e João Buarque de Gusmão, representantes, respectivamente, dos Gremios "XI de Agosto" e "Polytechnico" e presidente da "Liga Academica".

A sessão foi aberta pelo professor Cantidio de Moura Campos. Estavam presentes muitas familias e numerosos alumnos daquelle Faculdade. E' dada a palavra ao secretario da directoria que findou seu mandato, academico Heitor Nascimento, que procedeu á leitura do relatório dos trabalhos do anno social 1933/34. O referido documento, bastante explicito, apresentava as acti-

vidades em que se empregou a direcção do C. A. "Oswaldo Cruz" no decorrer de sua movimentada gestão, divulgando, tambem, as arrecadações feitas e respectivas applicações e depositos. Fez-se ouvir logo em seguida um numero de musica pela Banda da Guarda Civil. Teve a palavra, logo após o doutorando Paulo da Silva Gordo, que pronunciou rapidas palavras em torno ao desenvolver do programma na administração daquelle agremiação academica, recordando o compromisso assumido ao aceitar com seus companheiros a orientação do seu gremio official e a satisfação pelo desempenho que lhe foi permittido proporcionar dentro do tempo regulamentar. Destacou algumas das mais importantes phases da gestão finda, não esquecendo os momentos empoignantés em que o Centro soube interpretar os sentimentos dos academicos de medicina, como incorporar-se ás solemnídades que symbolizavam o pensamento da gente bandeirante. As palavras do joven medico foram cobertas de entusiasticas palmas.

Toca, novamente a Banda da Guarda Civil. Segue-se a cerimonia do compromisso. O novo presidente, academico Paulo de Camargo, lê em voz alta as palavras do termo official recebendo a seguir os cumprimentos de seu antecessor e demais componentes das duas mesas. Tem a palavra, agora, o orador da nova directoria, academico Diderot Pompeu de Toledo, que produz uma vibrante oração, na qual faz sentir a importancia do papel que passam a representar dentro da casa em que recebem os ensinamentos para a vida pratica, frisando bem os seus propositos de pugnam intensivamente para que a Universidade de S. Paulo, de recente creação, encontre nos rapazes da Faculdade de Medicina uma das columnas mestras para a obra grandiosa que se pretende erguer. Tece considerações em torno á efficiencia do ensino que então se conseguirá melhor e dos entendimen-

tos mais intimos entre professores e alumnos, particular relevante na vida universitaria de uma capital como a nossa. A banda executa novamente um numero de seu repertorio.

Fala por ultimo, antes de encerrar a sessão, o professor Cantidio de Moura Campos. Quer manifestar a sua admiração pelo Centro, lembrando que não foram incluidos nos relatorios ali apresentados o entusiasmo e ardor idealista com que trabalharam os directores que terminaram seu mandato e pedia para elles a consagração dos collegas, pelos merecimen os innumer os que os distinguem, augurando, por ultimo, á directoria empossada uma gestão repleta de actos dignos dos objectivos da prestigiosa organização estudantina que todo S. Paulo conhece e admira. Foi servida, depois, num dos vastos saguões inferiores do enorme

edificio da Faculdade, a mesa de doces que o Centro A. Oswaldo Cruz offereceu ao mundo official, sociedade paulistana, imprensa de Capital, collegas e academicos de outras escolas.

A directoria que tomou posse é a seguinte: Paulo de Camargo, presidente; Licinio Hoepfner Dutra, vice-presidente; Eulogio Martinez, 1.º thesoureiro; Roberto Brandi, 2.º thesoureiro; Carlos Vieira de Moraes, 1.º secretario; Victor Homem de Mello, 2.º secretario; Diderot Pompeu de Toledo, 1.º orador, e Luiz Carlos Borba, 2.º orador.

Para os cargos de livre nomeação já foram convidados os seguintes academicos: Departamento Esportivo, Farid Chéde; Departamento Scientifico, Sylvio Bertachi; Departamento Social, Venturini Venturi; Caixa do Livro, Reynaldo Chiaverini e Liga de Combate á Syphilis, Nello de Moura Rangel.

Prof. Benedicto Montenegro

Distinção. — O sr. dr. Benedicto Montenegro, professor de Technica Cirurgica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, acaba de ser titulado pela Sociedade dos Cirurgiões de Pariz.

Segundo communicação recebida recentemente pelo sr. prof. Brandão

Filho, do Rio de Janeiro, foi em attenção a um parecer apresentado áquella sociedade pelo professor Abel Dujardins, que esteve em S. Paulo ha cerca de seis meses, que a Sociedade dos Cirurgiões de Pariz conferiu ao sr. dr. Benedicto Montenegro o titulo de membro-correspondente.

Maternidade de São Paulo

Resumo do seu movimento em 1933. — Secção de pensionistas: entradas, 553; altas, 540; obitos, 2; partos normaes, 363; partos operatorios, 94; total dos nascimentos, 457; operações, 118.

Secção de indigentes: Entradas, 3.233; altas, 3.159; obitos, 18; partos normaes, 1439; partos operatorios, 220; total dos nascimentos, 1.659; operações, realizadas durante o anno, 783.

Instituto Butantan

Dr. Waldemar Peckolt. — O profissional brasileiro dr. Waldemar Peckolt acaba de ser contratado pelo governo do Estado para dirigir, como assistente-chefe, a secção de

Botanica Medica do Instituto Butantan, reorganizando o respectivo "Horto Oswaldo Cruz", destinado especialmente ao cultivo de plantas medicinaes brasileiras.

A nova secção do Instituto Butantan visará enriquecer o nosso arsenal therapeutico, investigando scientificamente os principios de nossas plantas reputadas medicinaes e lutando, dessa maneira, contra o empirismo que, entre nós, reina nesse particular. Para esse fim, a secção tratará de organizar os serviços de Pharmacognosia, para realizar o estudo intrinseco das drogas naturais; de pharmaco-systematica, para fazer a descripção botanica das plantas medicinaes; de pharmaco-quimica, para proceder á analyse da planta e de seus principios activos; pharmacodynamica para investigar as propriedades therapeuticas das plantas brasileiras. Por essa orientação se podem avaliar o enorme alcance e significação do serviço que pretende realizar em proveito do nosso adiantamento scientifico e em beneficio da collectividade brasileira, o novo departamento do Instituto Butantan, em sua phase actual de reorganização.

O dr. Peekolt, que se diplomou em 1916, pela Faculdade de Medicina do Rio, apresentando, como these de doutoramento, uma "Monographia

das falsas quinas brasileiras", laureada com o premio Gunning e menção honrosa, tem publicado, desde então, além de outros, cerca de 50 trabalhos sobre plantas brasileiras, e prepara actualmente um manual sobre materia medica vegetal brasileira, em que encara a feição botanica, chimica, therapeutica e pharmacognosica das plantas mais vulgarizadas no paiz.

Dr. Thales Martins. — Acaba igualmente de ser contratado pelo governo do Estado o physiologista dr. Thales Martins, afim de organizar e dirigir a nova secção de Physio-pathologia Experimental, com Endocrinologia e Opothérapie, prevista na remodelação scientifica do Instituto Butantan. O dr. Thales Martins, que se diplomou pela Faculdade de Medicina do Rio, onde exerce o cargo de assiste e livre docente, por concurso, da cadeira de Physiologia, é chefe do laboratorio do Instituto Oswaldo Cruz, tendo já, em sua brilhante carreira scientifica, publicado 52 trabalhos, em sua quasi totalidade de natureza experimental, sobre questões de Physiologia, Chimica Physiologica e Endocrinologia.

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas

Posse da nova directoria, para o anno de 1934. — Em assembléa geral, realisada a 16 de janeiro, foi empossada a nova directoria que dirigirá os destinos desta associação no anno de 1934, e a qual está assim constituída:

Presidente, Luiz Stamatis; vicepresidente, Annibal Fragalli; secretario geral, Alcindo Ernesto Fala-

vigna; 1.º secretario, Tercio Sampaio Ferraz; 2.º secretario, Ruy Barbosa Martins; thesoureiro, Salvador Caruso; bibliothecario, Benedicto Novaes. Commissão fiscal: Joaquim Serra, José da Costa Machado, Bruno Bertolotti e Nicolino Raimo. Commissão de syndicancia: Anisio Ferreira, Adhemar Barbosa e José Alvim de Aguiar.

Congressos Medicos

II Congresso Argentino de Obstetricia e Gynecologia. — Sob os auspícios da Sociedade de Obstetricia e Gynecologia de Buenos Aires, realizar-se-á na Capital do vizinho paiz, durante o mez de julho deste anno o Segundo Congresso Argentino

de Obstetricia e Gynecologia, afim de tratar dos seguintes themas officiaes:

Tuberculose pulmonar e gravidez, etiopathogenia do aborto, insuficiencia ovariana e cirurgia conservadora em gynecologia — indicações e resultados.

A secretaria do Congresso funciona em Buenos Aires, Calle Santa Fé, 1171, onde poderão ser obtidos maiores informações sobre o Certame.

Reunião internacional do ensino da cirurgia reparadora, plastica e esthetica. — Organizada pelo professor Burian (de Praga) e dr. Claoué (de Paris) e sob os auspícios da "Alliance scientifique et médicale française" e "Faculté Teheque de médecine de l'Université St. Char-

les" esta reunião internacional se realizará de 14 a 26 de maio deste anno, sendo parte do programma executado em Paris e outra em Praga.

O fim da reunião é de dar aos medicos que iniciam ou desejosos de ter os seus conhecimentos de cirurgia reparadora, plastica e esthetica aperfeiçoados, a oportunidade de ver um grande numero de operações realizadas por cirurgiões especializados no assumpto.

Para informações dirigir-se ao dr. Claoué, rua Scheffer, 39. Paris.

TRABALHOS CIRURGICOS

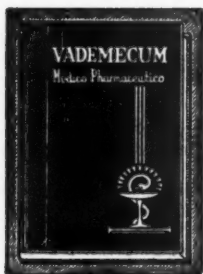
do

DR. WALTER SENG

Um volume contendo cerca de 40 trabalhos do illustre cirurgião.

Preço 10\$000.

Pedidos ao **Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO**
Caixa 1574 **SÃO PAULO**



UM LIVRO DE GRANDE UTILIDADE PARA A CLASSE MEDICA

"VADEMECUM MEDICO - PHARMACEUTICO"

Organizado por um grupo de médicos de São Paulo e prefaciado pelo Prof. Jayme R. Pereira, catedrático de farmacologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Livro com mais de 500 paginas, finamente encadernado

Composto de 7 secções, a saber: — a) "*Especialidades farmacêuticas*" (fabricante, composição, propriedades, indicações terapeuticas, modo de usar, posologia, acondicionamento, etc.); b) "*Indicações terapeuticas*" (índice de moléstias, síndromas e sintomas, com indica-

ção das especialidades farmacêuticas, aguas minerais e estâncias climáticas que tem applicação no tratamento das mesmas; c) "*Aguas minerais e estâncias crenoterápicas*"; d) "*Climas e estâncias climáticas*" (informes detalhados sobre os assuntos que servem de titulo a estas duas últimas secções); e) "*Estabelecimentos hospitalares*" (relação dos existentes no Brasil e informações sobre os destinados a tratamento especializado); f) "*Médicos especialistas*"; e g) "*Fabricantes e representantes de especialidades farmacêuticas* (seus endereços, representantes e representados).

PREÇO 15\$000 — PELO CORREIO MAIS 2\$000.

Pedidos aos organizadores e editores: **MARIO M. PONZINI & CIA. R. Quintino Bocaiuva, 54, 3.º andar - Caixa, 2310 - Tel. 2-1200 - S. Paulo.**

se
ste
as-
ga.
te-
er
ia
or-
er
a-
os
r.

3

2

1

0